

Sesión bibliográfica 19 de Diciembre 2025

Beneficio/riesgo del control intensivo de la HTA según riesgo cardiovascular

Colchicina en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular

Tratamiento de la hipertensión asintomática en el hospital

Evolocumab en prevención primaria

Café y fibrilación auricular

Novedades en las guías GOLD 2026

Extras:

Resumen de la actividad del blog

Píldoras de IA (Notebook LM) o como preparar una sesión bibliográfica sin esfuerzo



Dr. Alberto Muela Molinero
Servicio de Medicina Interna

Benefit and harm of intensive blood pressure control by cardiovascular risk

Dong X, et al. Hypertension 2025; 82: 1392-1400. DOI: [1161/HYPERTENSIONAHA.125.25162](https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.125.25162)

Servicio de Medicina Interna del Hospital de León

INICIO BIENVENIDA COMPOSICIÓN DEL SERVICIO CALENDARIO DE SESIONES SESIONES 37 SOCIALMI OTRAS COSAS



Publicaciones con impacto en la práctica clínica en 2015

2 respuestas

La sesión bibliográfica de la semana pasada presentada por el Dr. Mostaza (jefe de Servicio), repasó algunas de las publicaciones con impacto real en la práctica clínica del 2015. Se comentaron entre otros, aspectos relacionados con las calculadoras de riesgo vascular y la sobreestimación del riesgo en prevención primaria, los datos del Sprint sobre hasta cuánto podemos bajar la tensión arterial, o los datos del Pathway-2 sobre espironolactona en la HTA también comentados hace unas semanas aquí y en [Blog de un internista 2.0](#), los datos del PADIS-PE o continuando con la carrera por buscar antídotos para los NACOS los datos sobre andexanet. Un resumen del 2015 sobre estudios que en principio modificarán nuestra práctica clínica. Su presentación se encuentra disponible en el siguiente [enlace](#).



¿Hasta cuanto es prudente bajar la TA?

- En pacientes con HTA...
 - TA sistólica < 150 mm Hg ↓ incidencia de eventos CV.
- Estudio ACCORD BP (pacientes con DM):
 - No demostró ↓ eventos CV con tratamiento intensivo (TAS <120).
 - N Engl J Med 2010.

¿Hasta cuanto es prudente bajar la TA?



Ensayo SPRINT

Benefit and harm of intensive blood pressure control by cardiovascular risk

Dong X, et al. Hypertension 2025; 82: 1392-1400. DOI: [1161/HYPERTENSIONAHA.125.25162](https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.125.25162)

Resultados SPRINT

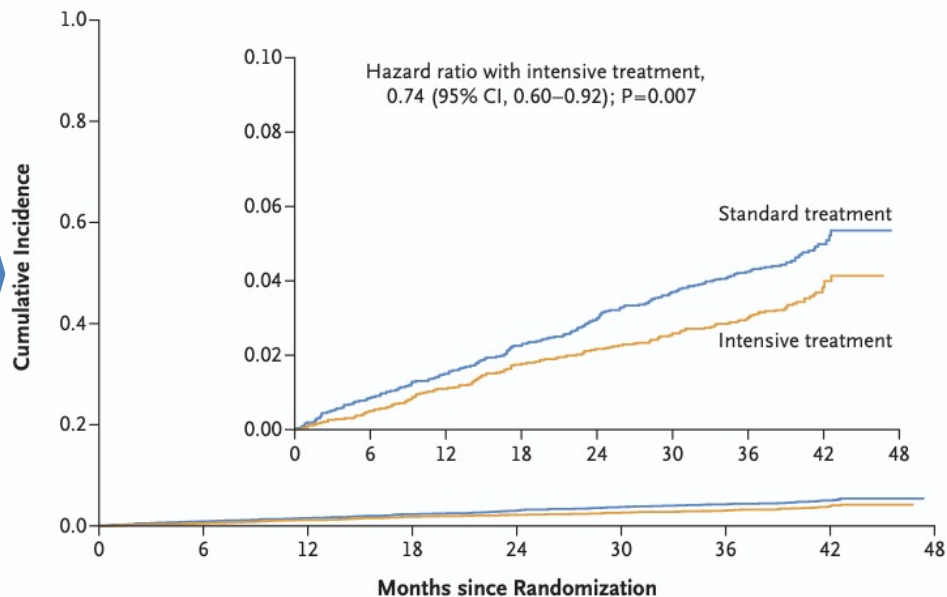
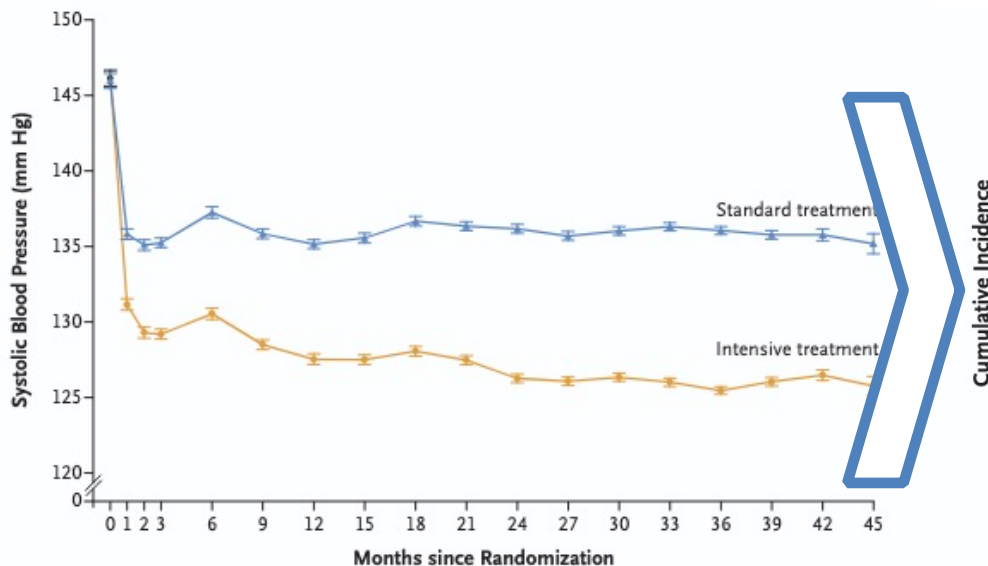
- El ensayo se terminó antes de tiempo:
 - Mediana de seguimiento de 3,3 años.
- BP sistólica promedio:
 - Tto intensivo: 121,5 mm Hg ($\pm$ 3 drogas).
 - Tto estándar: 134,6 mm Hg ($\pm$ 2 drogas).
- Objetivo primario:
 - Tratamiento intensivo: 5,2%.
 - tratamiento estándar: 6,8% ($p < 0,001$).
- Mortalidad por cualquier causa:
 - Menor con tratamiento intensivo (3,3% vs. 4,5%).
- Eventos adversos graves: más frecuentes con tratamiento intensivo
 - Hipotensión, síncope y alteraciones electrolíticas: aumentan en 1%.
 - Fracaso renal agudo: aumentan en 2%.

ALGUNAS COSAS A COMENTAR:

- ☐ Edad >50 y RCV elevado (ECV establecida, FG 20-60 o RCV >15% Framingham)
- ☐ Excluyen diabéticos y pacientes con ACV previo
- ☐ Fármacos utilizados: como ARA2 azilsartan (no comercializado en Europa)
- ☐ Estado realizado solo en EEUU con un 31% de pacientes de raza negra
- ☐ No presentó datos del análisis de beneficio neto

ORIGINAL ARTICLE

Trial of Intensive Blood-Pressure Control in Older Patients with Hypertension

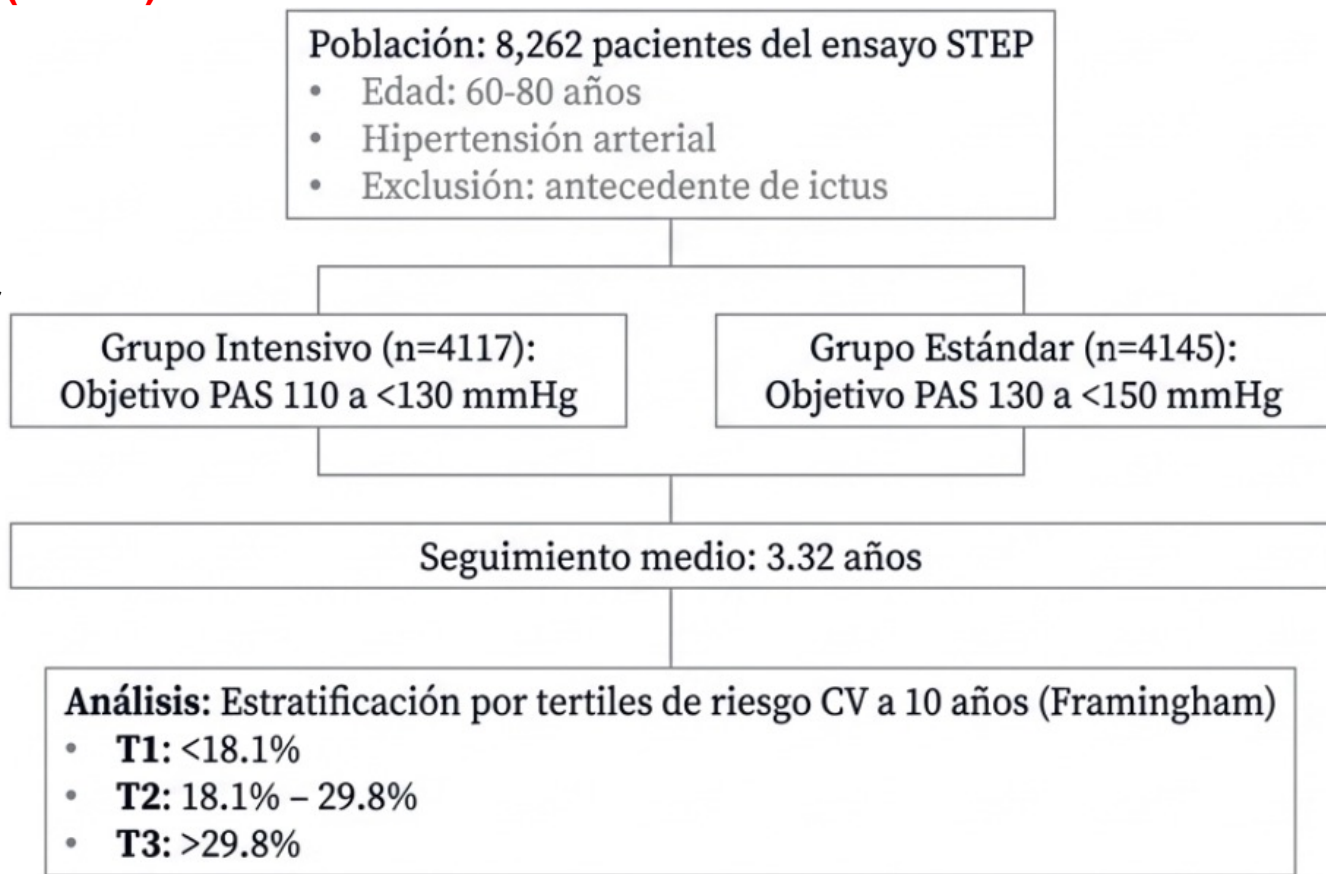


ANÁLISIS POST-HOC (STEP). Diseño del estudio

❑ Pacientes chinos con HTA de 60-80 años (no ECV previa)

❑ Estratificación en tertiles según riesgo cardiovascular a 10 años estimado por Framingham

❑ **Objetivo:** comparar la reducción de eventos cardiovasculares (beneficio) con el aumento de eventos adversos (daño)



¿Por qué tertiles? Para separar poblaciones con perfiles clínicos diferentes

**A través de los tertiles (T1 → T3), se observa un aumento significativo ($p < 0.001$) en:

Age media: 64.7 → 68.1 años

Proporción de hombres: 11.9% → 77.3%

PAS media basal: 136.6 → 154.7 mmHg

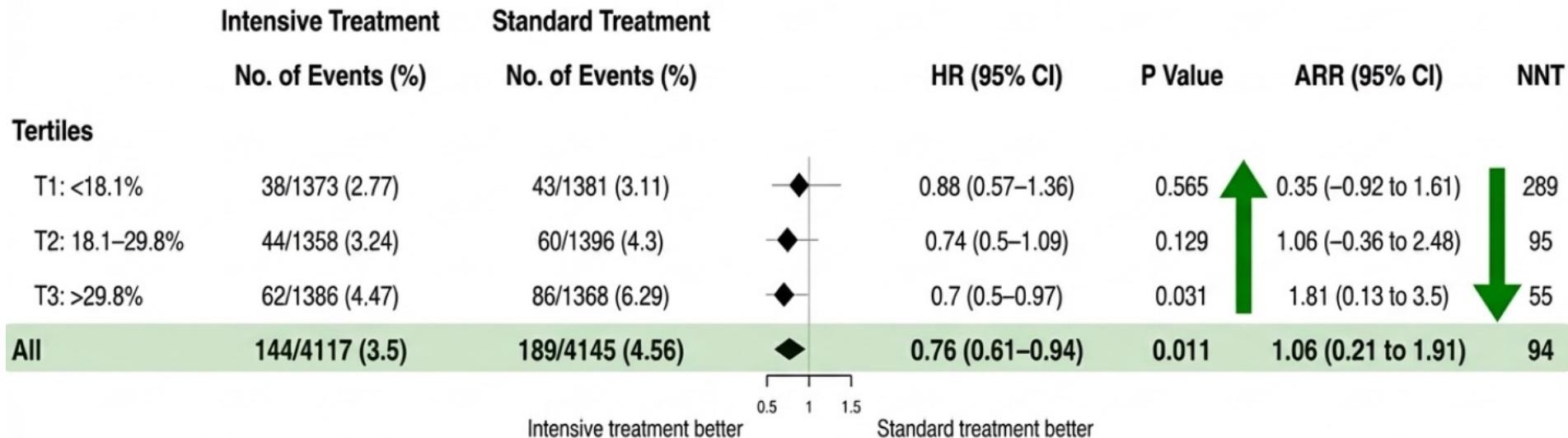
Prevalencia de Diabetes: 4.8% → 37.3%

Colesterol Total y Glucosa Basal



El tercil 3 representa una población de alto riesgo con una carga sustancial de factores de riesgo comórbidos.

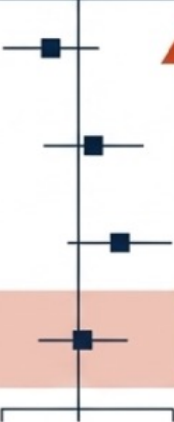
A mayor RCV basal, mayor reducción de absoluta de riesgo (ARR) con el tratamiento intensivo



La eficacia del tratamiento, medida por el Número Necesario a Tratar (NNT), se multiplica por más de 5 al pasar del tercil de menor riesgo al de mayor riesgo.

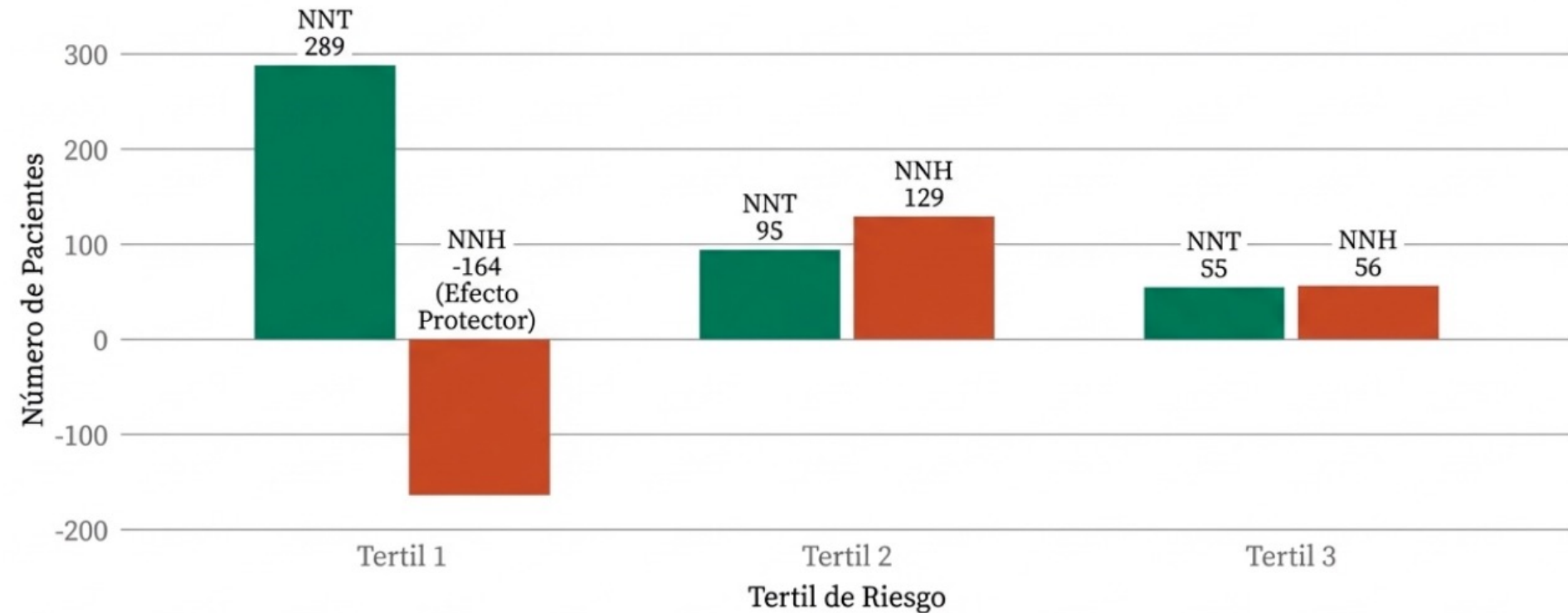
En paralelo, el aumento absoluto del riesgo (ARI) de eventos adversos también se incrementa con el riesgo cardiovascular

Tertiles	Intensive Treatment No. of Events (%)	Standard Treatment No. of Events (%)	HR (95% CI)	P Value		ARI (95% CI)	NNH
T1: <18.1%	98/1373 (7.14)	107/1381 (7.75)	0.91 (0.69–1.2)	0.517		-0.61 (-2.57 to 1.35)	-164
T2: 18.1–29.8%	100/1358 (7.36)	92/1396 (6.59)	1.13 (0.85–1.5)	0.403		0.77 (-1.13 to 2.68)	129
T3: >29.8%	120/1386 (8.66)	94/1368 (6.87)	1.27 (0.97–1.66)	0.083		1.79 (-0.21 to 3.78)	56
All	318/4117 (7.72)	293/4145 (7.07)	1.1 (0.94–1.28)	0.258		0.66 (-0.47 to 1.78)	153

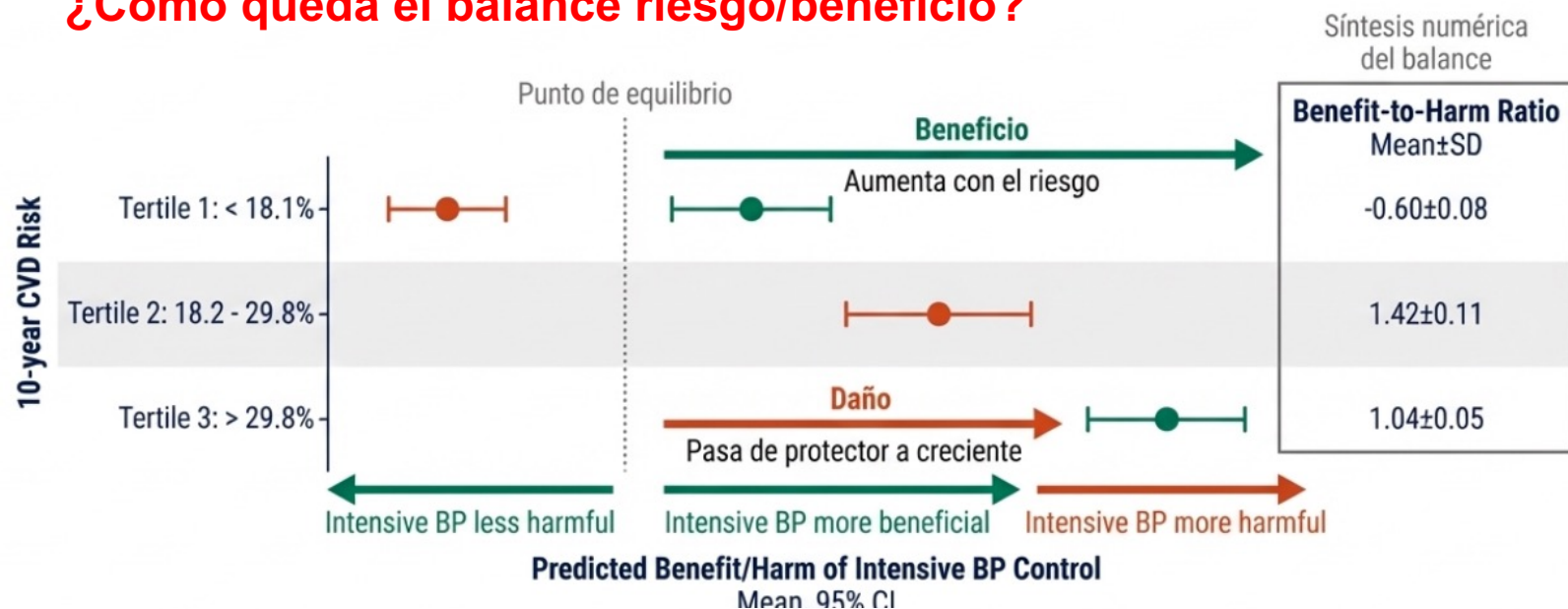


El Número Necesario para Dañar (NNH) se reduce drásticamente en el tercil de mayor riesgo, acercándose peligrosamente al NNT.

Lo podéis ver aquí de una forma más visual



¿Cómo queda el balance riesgo/beneficio?



BALANCE CLARAMENTE FAVORABLE

1.42 ± 0.11

Por cada evento adverso causado, se previenen 1.42 eventos cardiovasculares.

BALANCE POSITIVO, PERO MARGINAL

1.04 ± 0.05

Por cada evento adverso causado, se previene apenas 1 evento cardiovascular.

A diferencia del SPRINT, no se encontró un aumento del daño en la población de menor riesgo

Característica	Ensayo STEP (Este Análisis)	Análisis del Ensayo SPRINT (Phillips et al., 2018)
Población	Ancianos chinos	Población de EEUU, más diversa
Objetivo PAS Intensivo	110 a <130 mmHg	<120 mmHg
Hallazgo en Bajo Riesgo	Menos eventos adversos (Daño < 0)	Más daño que beneficio
Uso de Diuréticos (Intensivo)	~11.8%	~67.0%
Resultado Renal	Sin aumento significativo	Aumento de lesión renal aguda

Posibles Explicaciones

Diferencias en etnicidad, objetivos de PA menos agresivos y, notablemente, un uso mucho menor de diuréticos en STEP pueden explicar los perfiles de eventos adversos más favorables.

Implicaciones clínicas de este estudio

Bajo Riesgo (T1: <18.1%)



El control intensivo es seguro y beneficioso. El perfil de riesgo/beneficio es muy favorable.

Riesgo Intermedio (T2: 18.1-29.8%)



Fuerte justificación para el control intensivo. El beneficio supera claramente al riesgo (Ratio B/R $\approx$ 1.4).

Alto Riesgo (T3: >29.8%)

El control intensivo se justifica por el beneficio neto (Ratio B/R $\approx$ 1.0), pero exige:



Monitorización Estrecha

Vigilar activamente eventos adversos, especialmente la hipotensión (HR 1.76 [IC 95%, 1.04–2.96] en T3).



Toma de Decisiones Compartida

Discutir explícitamente con el paciente el balance ajustado entre prevenir un evento CV y el riesgo de un evento adverso.

Limitaciones a considerar

- **Naturaleza Post-Hoc:** Los hallazgos deben ser considerados como exploratorios y generadores de hipótesis.
- **Validez de la Escala de Riesgo:** El Framingham Risk Score, aunque validado en cohortes asiáticas, no fue desarrollado en esta población.
- **Ponderación de Eventos:** El modelo asigna el mismo peso a un evento del resultado primario (ej. ictus) que a un evento adverso (ej. mareo).
- **Seguimiento Corto:** Un seguimiento relativamente corto puede no capturar efectos a largo plazo (ej. declive cognitivo).
- **Poblaciones no Estudiadas:** No se puede extrapolar a pacientes de riesgo extremadamente alto (ej. con fragilidad severa o expectativa de vida limitada).

Long-term trials of colchicine for secondary prevention of cardiovascular events: a meta-analysis

Samuel M, et al. Eur Heart J 2025; 46: 2552-2563. DOI: [10.1093/eurheartj/ehaf174](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf174)

Sesión bibliográfica NEJM: Canakinumab y colchicina en la prevención de eventos coronarios

[Deja un comentario](#)

La sesión bibliográfica del pasado viernes fue presentada por el Dr. Quiroga, que repasó los siguientes artículos publicados en New England Journal Medicine:

- Canakinumab therapy for atherosclerotic disease
- Low-dose methotrexate for the prevention of atherosclerotic events
- Efficacy and safety of low-dose colchicine after myocardial infarction
- Catheter ablation for atrial fibrillation with heart failure
- Nintedanib in progressive fibrosing interstitial lung diseases



Al término de la sesión se produjo un breve debate sobre la distinta aplicabilidad/eficacia de estos fármacos (canakinumab y colchicina) en la prevención de eventos coronarios. En esta ocasión la sesión está dividida en dos archivos por la imposibilidad de reducirla.

[Dr-Quiroga-sesbibl-Nov19-1](#)

Descarga

[Dr-Quiroga-sesbibl-Nov19-2](#)

Descarga

Esta entrada se publicó en [Sesiones bibliográficas](#) y está etiquetada con [Quiroga](#) en 25/11/2019 por [Alberto Muela Molinero](#). [Editar](#)

Servicio de Medicina Interna del Hospital de León

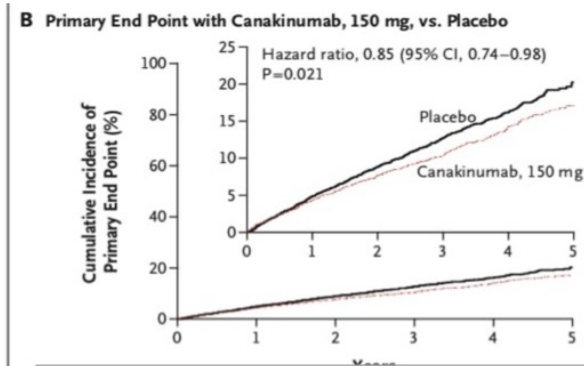
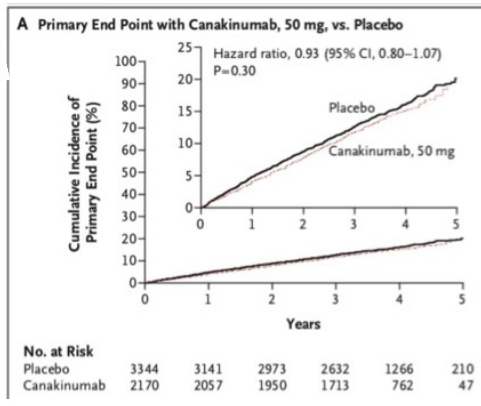
[INICIO](#) [BIENVENIDA](#) [COMPOSICIÓN DEL SERVICIO](#) [CALENDARIO DE SESIONES](#) [SESIONES](#) [37 SOCIALMI](#) [OTRAS COSAS](#)



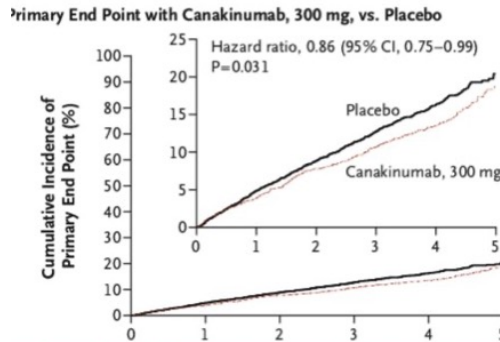
c-LDL
Controlado



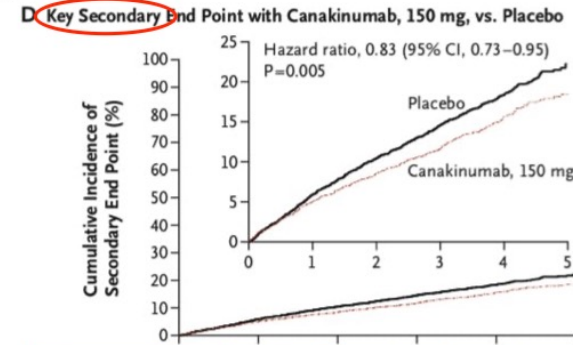
PCR-as
Elevada



a significant effect for the primary end point was observed in the 150-mg group (hazard ratio vs. placebo, 0.85; P = 0.02075, with a threshold P value of 0.02115)



the effect of the 300-mg dose looked similar, but this dose did not achieve statistical significance because of the complexities of testing multiple doses against placebo.



In the group that received the 150-mg dose of canakinumab (for which the P value met the significance threshold for the primary end point), the hazard ratio versus placebo for the secondary cardiovascular end point was 0.83 (P=0.00525, with a threshold P value of 0.00529)

- N:10,061 patients
- Patients eligible
 - history of myocardial infarction
 - high-sensitivity C-reactive protein ≥ 2 mg (despite the use of aggressive secondary prevention strategies)
- three doses of canakinumab SC every 3 months
 - 50 mg
 - 150 mg
 - 300 mg,

Riesgo residual inflamatorio

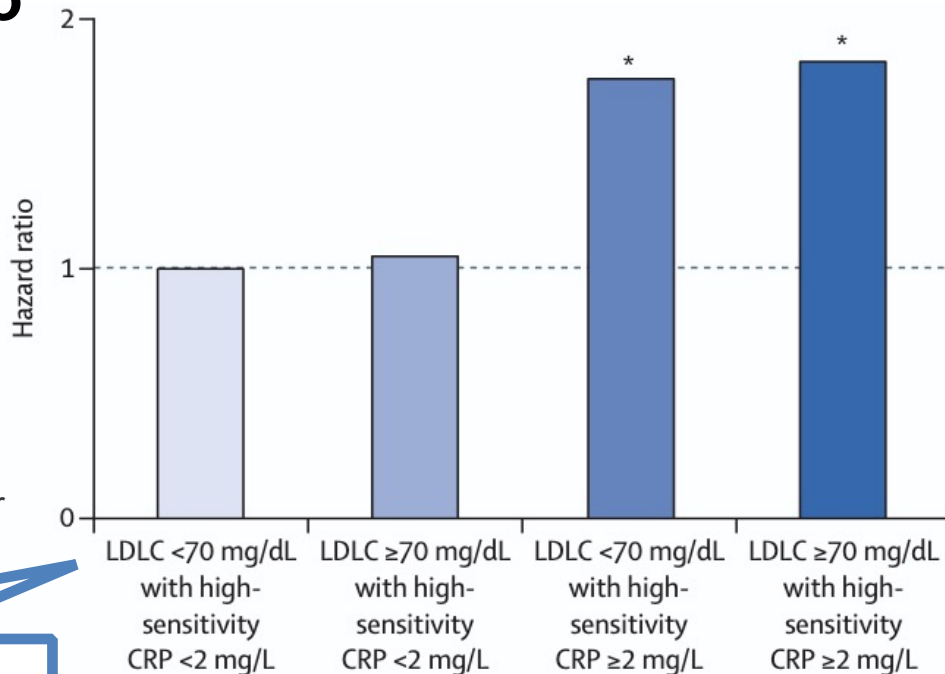
Más allá del Colesterol LDL

Durante años, el foco principal de la prevención secundaria ha sido el control de los lípidos. Sin embargo, incluso con un control óptimo del colesterol LDL, los pacientes siguen sufriendo eventos isquémicos.

La Persistencia de la Inflamación

La **inflamación vascular** persiste como un potente predictor independiente de eventos cardiovasculares recurrentes.

Estudio con **31.800 pacientes** en el que la PCR de alta sensibilidad demostró ser mayor predictor de eventos y mortalidad cardiovascular en pacientes con ECV establecida



Ridker PM, et al. Lancet 2023

RESULTS

followed for a median of 22.6 months.

event occurred:

5.5% of the patients in the colchicine group; 7.1% in the placebo group

randomized, double-blind, placebo-controlled trial,
167 centers in the 12 countries

4745 Patients: were enrolled a mean of 13.5 days after M.I.

1:1 ratio to receive either colchicine (at a dose of 0.5 mg once daily) or placebo

The primary efficacy: MACE

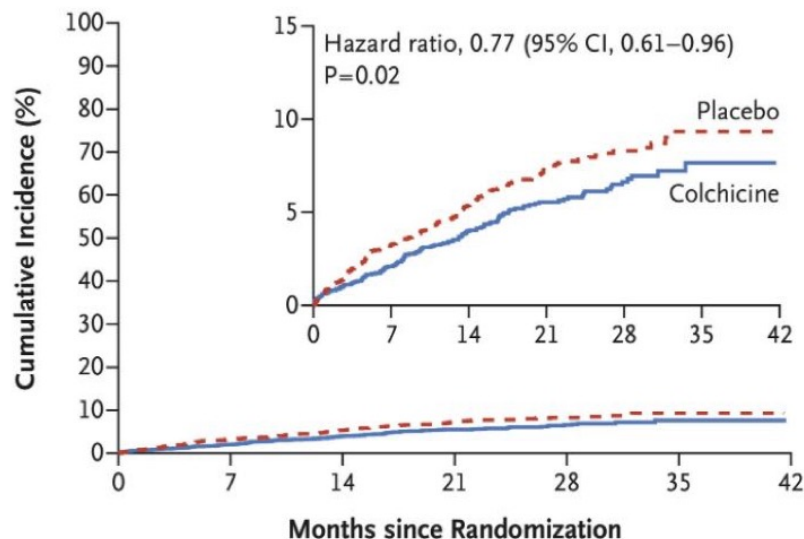
Death from cardiovascular causes

Resuscitated cardiac arrest

Myocardial infarction

Stroke

Urgent hospitalization for angina leading to coronary revascularization





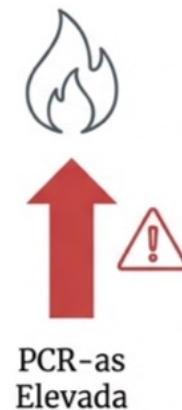
Riesgo residual inflamatorio

[Deja un comentario](#)

La sesión bibliográfica del pasado 1 de Febrero fue presentada por el Dr. Teijo que repasó esta entidad, partiendo de un artículo publicado en el European Journal of Internal Medicine centrándose en la utilidad de la terapia antiinflamatoria en pacientes con riesgo residual con colchicina o inmunoterapia. También comentó el posicionamiento en diferentes guías sobre el uso (o mejor dicho no indicación) de aspirina en prevención primaria.

[Dr-Teijo-sesbibl-Feb24](#)

Descarga



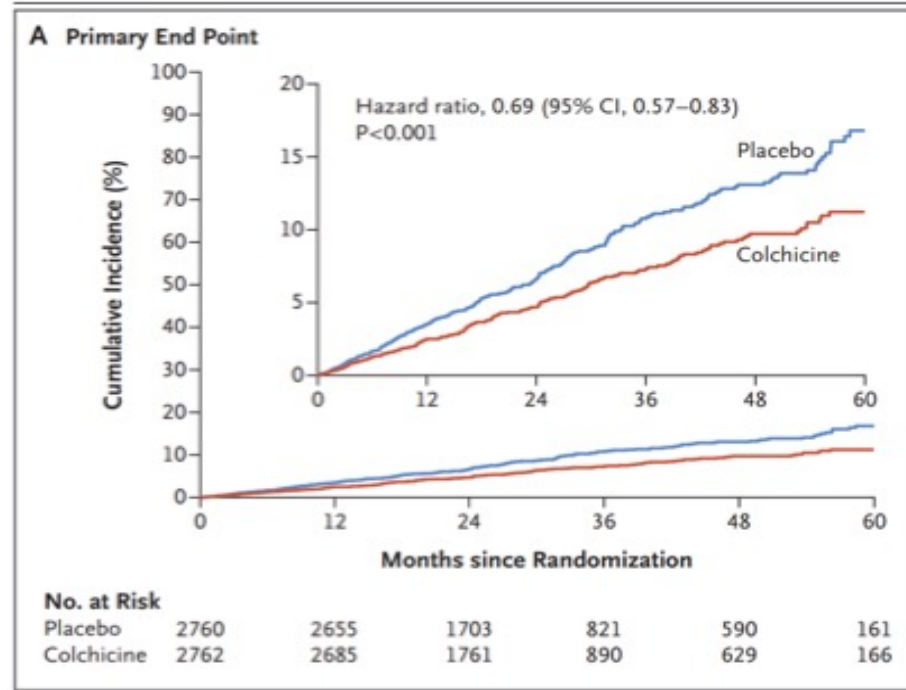
Esta entrada se publicó en [Sesiones bibliográficas](#) y está etiquetada con [Teijo](#) en [06/03/2024](#) por [Alberto Muela Molinero](#). [Editar](#)

Riesgo residual inflamatorio

LoDoCo2

Table S1 LoDoCo2 Key Trial Inclusion and Exclusion Criteria

Inclusion criteria	1. Age >35 and ≤82 years 2. Proven coronary artery disease; as evidenced by coronary angiography, CT coronary angiography or a Coronary Artery Calcium Score (Agatston score >400). Individuals with a history of bypass surgery are only eligible if they have undergone coronary artery bypass surgery more than 10 years before, or have angiographic evidence of graft failure or have undergone percutaneous intervention since their bypass surgery 3. Clinically stable for at least six months
Exclusion criteria	1. Women who are pregnant, breast feeding or may be considering pregnancy during the study period 2. Renal impairment as evidenced by a serum creatinine >150 μmol/l or estimated glomerular filtration rate (eGFR) <50mL/min/1.73m2 3. Severe heart failure – systolic or diastolic New York Heart Association Functional classification 3 or 4 4. Moderate or severe valvular heart disease considered likely to require intervention 5. Dependency or frailty or an estimated life expectancy < 5 years 6. Peripheral neuritis, myositis or marked myo-sensitivity to statins 7. Requirement for long term colchicine therapy for any other reason 8. Current enrollment in another trial



(6.8%) in the colchicine group
(9.6%) in the placebo group
NNT: 36

La colchicina, un fármaco con un perfil de seguridad bien establecido, inhibe los neutrófilos y la liberación de citoquinas proinflamatorias (IL-1, IL-6).

Ensayos clave como **COLCOT (2019)** y **LoDoCo2 (2020)** demostraron reducciones significativas en eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) en pacientes post-IAM y con enfermedad coronaria crónica.

Estos resultados llevaron a su inclusión en las guías de práctica clínica, incluyendo la **Sociedad Europea de Cardiología (ESC, 2024)** con una Recomendación Clase IIa y la **aprobación de la FDA**.

COLCOT (2019)

“Reducción del 23% en el endpoint primario en pacientes post-IAM.”

LoDoCo2 (2020)

“Reducción del 31% en MACE en pacientes con enfermedad coronaria crónica.”

ESC Guidelines (2024)

“Recomendación Clase IIa para reducir eventos ateroscleróticos recurrentes.”

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

FEBRUARY 13, 2025

VOL. 392 NO. 7

Colchicine in Acute Myocardial Infarction

Patients

- 7062 adults
- Mean age, 61 years
- Men: 80%; Women: 20%



Inflammation leads to atherosclerosis



Atherosclerosis leads to MI

Colchicine +
Spironolactone

Colchicine
+ Placebo

Spironolactone
+ Placebo

Placebo
Only

As soon as possible after PCI

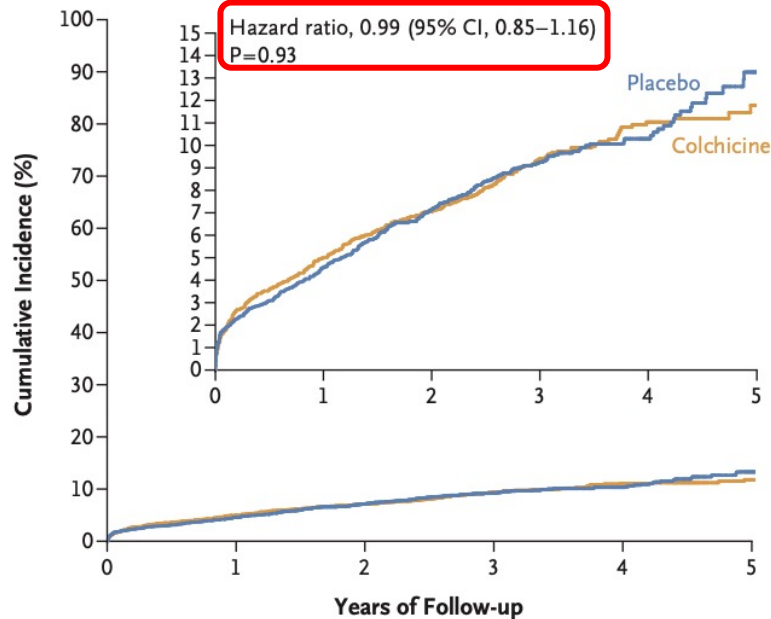


N=3528

N=3534



CLEAR-SINERGY



No. at Risk

Colchicine	3528	3329	2688	1686	697	183
Placebo	3534	3349	2683	1674	659	163

Después de intervencionismo en IAM (2018-2022)
Seguimiento medio 3 años

Long-term trials of colchicine for secondary prevention of cardiovascular events: a meta-analysis

Samuel M, et al. Eur Heart J 2025; 46: 2552-2563. DOI: [10.1093/eurheartj/ehaf174](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf174)

¿Resolvemos esta controversia?

- Ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que comparan colchicina vs. placebo.
- Pacientes con enfermedad vascular establecida (prevención secundaria).
- Seguimiento mínimo de 12 meses.



**6 ECA
Incluidos**

LoDoCo, COLCOT,
COPS, LoDoCo2,
CONVINCE, CLEAR-
SYNERGY



**21,800
Pacientes**

10,871 en colchicina y
10,929 en placebo



**12-34
Meses**

Duración del
seguimiento

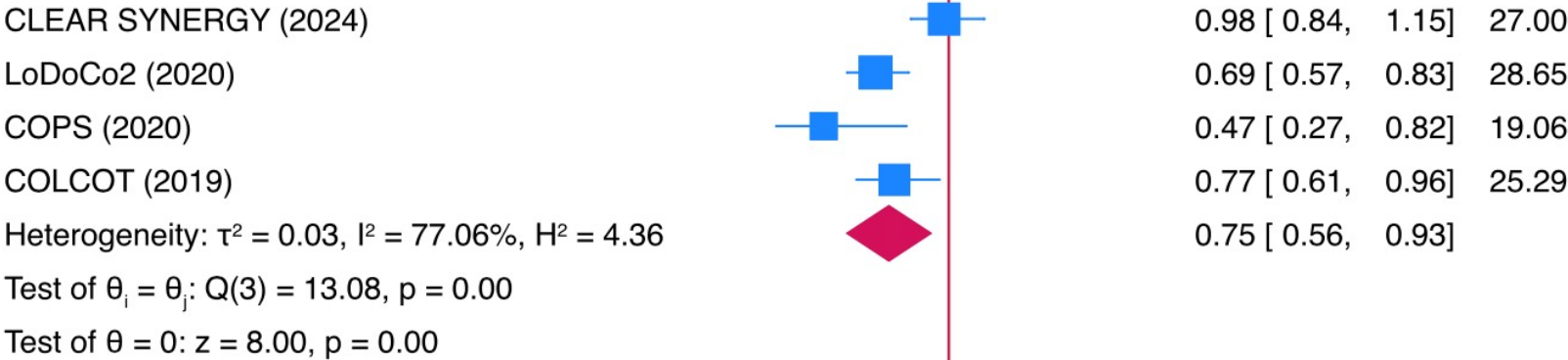
¿Seguimos recomendando colchicina?

Resultados MACE

Ensayo (Año)	Población de Estudio	N (Pacientes)
LoDoCo (2013)	EAC Estable	532
COLCOT (2019)	Post-IAM Reciente	4745
COPS (2020)	SCA	795
LoDoCo2 (2020)	EAC Estable	5522
CONVINCE (2024)	Post-ACV	3144
CLEAR-SYNERGY (2025)	Post-IAM	7062

Población Total del Metanálisis: 21.800 pacientes
(10.871 con colchicina; 10.929 con placebo)

MACE



Resultados endpoint secundarios



Infarto de Miocardio

29%

HR: 0.71 (IC 95%: 0.51-0.91)



ACV Isquémico

37%

HR: 0.63 (IC 95%: 0.34-0.92)

Revascularización Coronaria Urgente



33%

HR: 0.67 (IC 95%: 0.41-0.93)

Muerte Cardiovascular



No significativo

HR: 0.89 (IC 95%: 0.61-1.30)

Perfil de seguridad favorable a largo plazo

Endpoint de Seguridad	Resultado
Mortalidad por cualquier causa	RR 1.01 (IC 95%: 0.80–1.28) - Sin diferencia
Mortalidad no cardiovascular	RR 1.08 (IC 95%: 0.76–1.54) - Sin diferencia
Infecciones / Neumonía	Sin aumento significativo en el análisis combinado
Diagnóstico de Cáncer	Sin diferencia
Eventos Gastrointestinales	Tendencia no significativa a más hospitalizaciones*

***Nota:** Este hallazgo podría deberse al azar o estar confundido por los síntomas GI de COVID-19 en el ensayo CLEAR-SYNERGY.

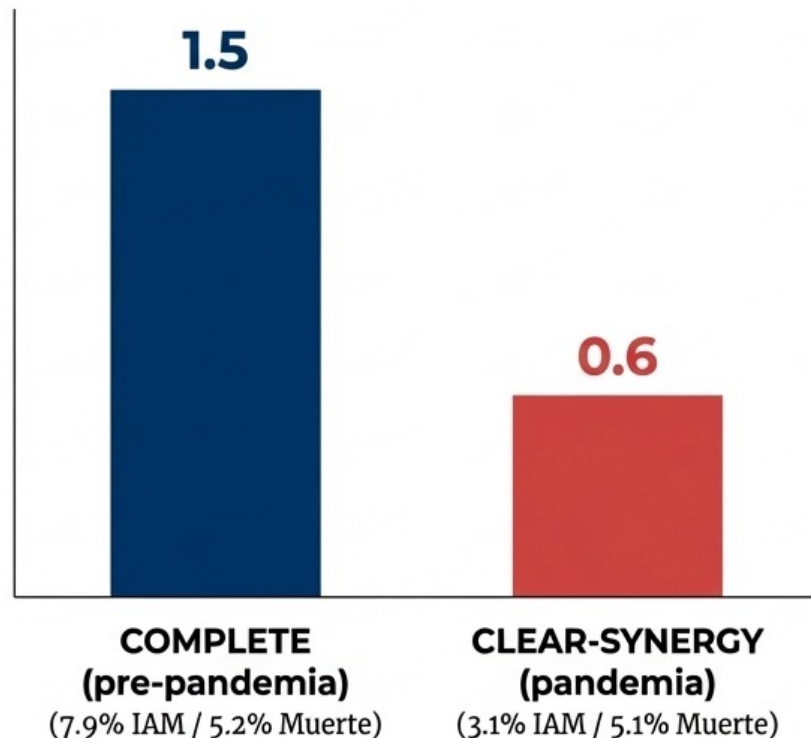
¿Qué puede explicar los resultados del CLEAR-SYNERGY?

El ensayo CLEAR-SYNERGY se llevó a cabo durante la pandemia, un período con documentados efectos sobre la atención cardiovascular y el reporte de eventos.

- **Evidencia Clave:**

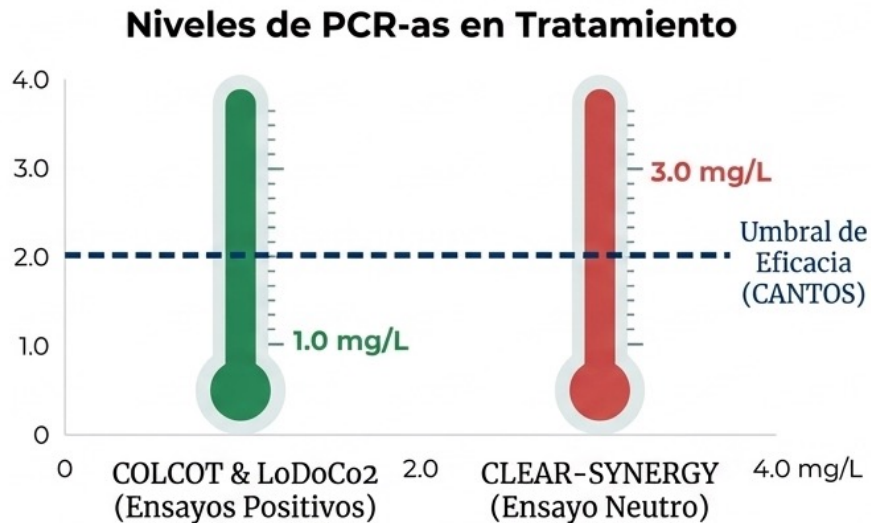
- **Pérdida de Efecto:** En CLEAR-SYNERGY, antes de la pandemia se observó una reducción del 22% en MACE con colchicina. Este efecto se perdió durante la pandemia (interacción, $P < 0.10$).
- **Subregistro de Eventos no Fatales:** La pandemia provocó un subregistro de infartos no fatales, invirtiendo la ratio IAM / Muerte por cualquier causa.

Ratio IAM / Muerte por Cualquier Causa



¿Qué puede explicar los resultados del CLEAR-SINERGY?

El beneficio de la terapia antiinflamatoria depende de lograr una reducción efectiva de la inflamación. El ensayo CANTOS demostró que el beneficio se limita a pacientes que alcanzan una PCR-as < 2.0 mg/L en tratamiento.



La falta de beneficio en CLEAR-SYNERGY es consistente con la falta de control de la inflamación, lo que hace que sus resultados no sean interpretables de forma aislada para juzgar la eficacia de la colchicina.

¿Qué pasa si excluimos los datos de la pandemia en el meta-análisis?

La inclusión de los datos de CLEAR-SYNERGY, a pesar de sus limitaciones, solo atenúa ligeramente la magnitud del efecto. El nivel más alto de evidencia—el metanálisis—confirma un beneficio robusto.

Análisis Principal (Incluyendo TODOS
los datos de CLEAR-SYNERGY)

Reducción de MACE: 25%

(HR 0.75, IC 95%: 0.56–0.93)

↓ Heterogeneidad (I^2): **77.1%**

Análisis de Sensibilidad
(Datos PRE-COVID-19 únicamente)

Reducción de MACE: 30%

(HR 0.70, IC 95%: 0.60–0.81)

✓ Heterogeneidad (I^2): **22.6%**

As-needed blood pressure medication and adverse outcomes in VA hospitals

Canales M, et al. New JAMA Intern Med 2025. DOI: [10.1001/jamainternmed.2024.6213](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.6213)

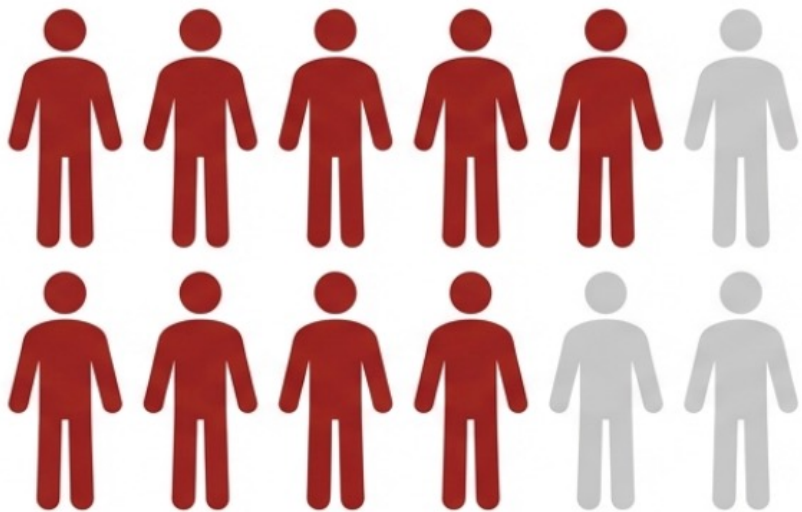
Algo que nos ha pasado a todos
8 de la tarde en una guardia



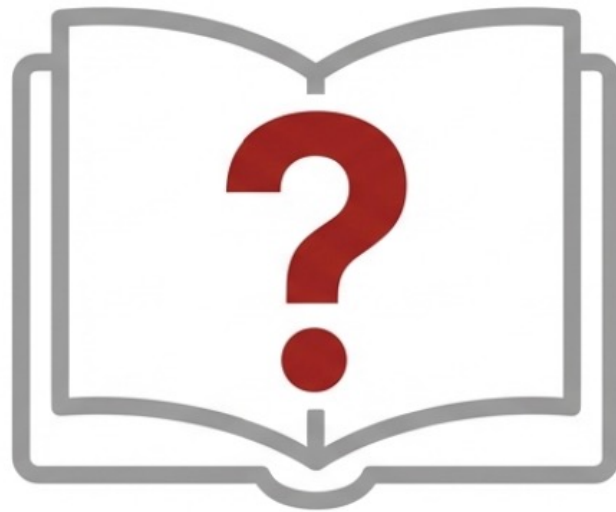
¿Qué hacemos?
¿Un captopril si precisa?

Paciente, 72 años, hospitalizado por neumonía. Estable.
PA: 175/95 mmHg, asintomático.

La práctica habitual es “tratar la cifra”, pero ¿estamos ayudando o perjudicando?



Hasta 7 de cada 10 pacientes hospitalizados presentan una elevación tensional asintomática.



Sin embargo, las guías clínicas ofrecen poca o ninguna dirección sobre cómo manejarla en el ámbito hospitalario.

As-needed blood pressure medication and adverse outcomes in VA hospitals

Canales M, et al. New JAMA Intern Med 2025. DOI: [10.1001/jamainternmed.2024.6213](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.6213)

Diseño del estudio



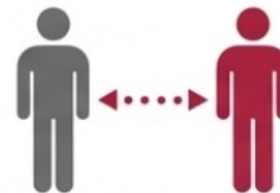
**Estudio de Cohorte
Retrospectivo en 133,760
veteranos hospitalizados.**

Análisis de registros de pacientes
para identificar la asociación entre
la exposición y el resultado.



**Emulación de Ensayo Clínico
(*Target Trial Emulation*) para
minimizar sesgos.**

Aplicación de principios de diseño
de ensayos aleatorizados a datos
observacionales.



**Ajuste por Puntuación de
Propensión (*Propensity Score
Matching*) para comparar
pacientes similares.**

Método estadístico para equilibrar
características entre los grupos de
tratamiento y control.

El Tratamiento 'a Demanda' se Asoció a un 23% Más de Riesgo de Lesión Renal Aguda



HR ajustado: 1.23
(IC 95%, 1.18-1.29)

Pacientes que recibieron al menos una dosis de antihipertensivo p.r.n. tuvieron un riesgo significativamente mayor de desarrollar LRA en comparación con aquellos que solo recibieron medicación pautada.

El Riesgo Renal es Mayor (y Más Rápido) con la Vía Intravenosa

Vía Oral

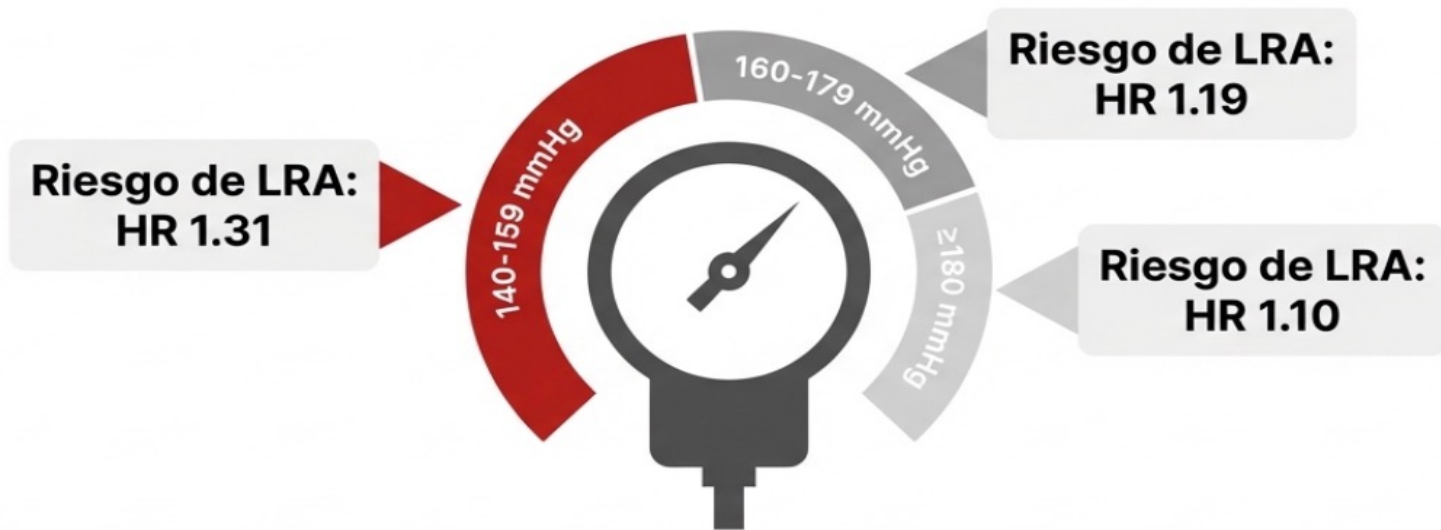
HR 1.17 (+17% Riesgo de LRA)

Vía Intravenosa

HR 1.64 (+64% Riesgo de LRA)

Curiosamente, la combinación de ambas vías (oral + IV) no se asoció con un aumento del riesgo.

Paradójicamente, el Mayor Riesgo se Observó en Hipertensiones Menos Severas



El impulso de tratar elevaciones tensionales “leves” podría ser donde reside el mayor peligro.

Más Allá del Riñón: Un Aumento del 69% en Riesgo Combinado de Eventos Mayores



Rate Ratio: 1.69

(IC 95%, 1.49-1.92)



Infarto de Miocardio

RR: **2.92**



Ictus

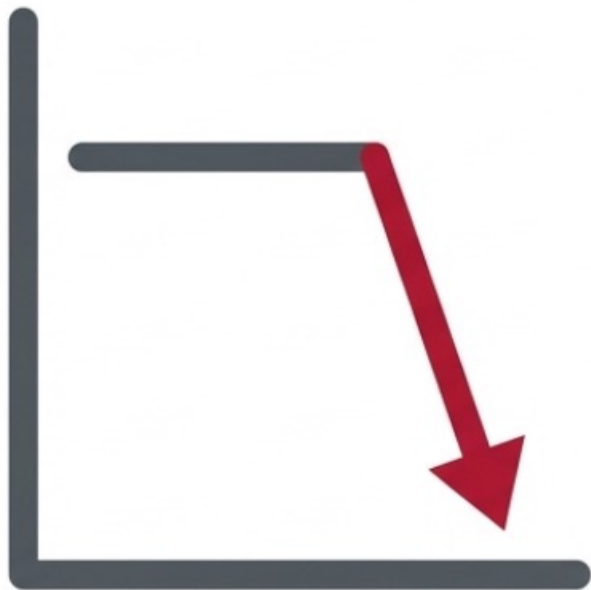
RR: **1.99**



Muerte

RR: **1.52**

¿La Causa? La **Hipoperfusión** por Caídas Tensionales Bruscas



Hallazgo Clave

Los pacientes tratados “a demanda” tuvieron...

1.5 veces más probabilidad

(HR 1.50) de una caída de la TAS >25% en 3 horas.

2.1 veces más probabilidad

(HR 2.11) de una caída de la TAS >25% en 1 hora.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

N⁺

Tamaño Muestral Masivo: Más de 130,000 pacientes, permitiendo análisis de subgrupos robustos.



Metodología Avanzada: La emulación *propensity score matching* aborda la indicación.



Datos del Mundo Real: Refleja la práctica del sistema de salud nacional.



Diseño Retrospectivo: La asociación puede estar influenciada por factores de confusión residuales (excluidos por completo la confusión residual fuerte).



Población Específica: La cohorte de pacientes mayores de 71 años puede limitar la generalización a jóvenes.



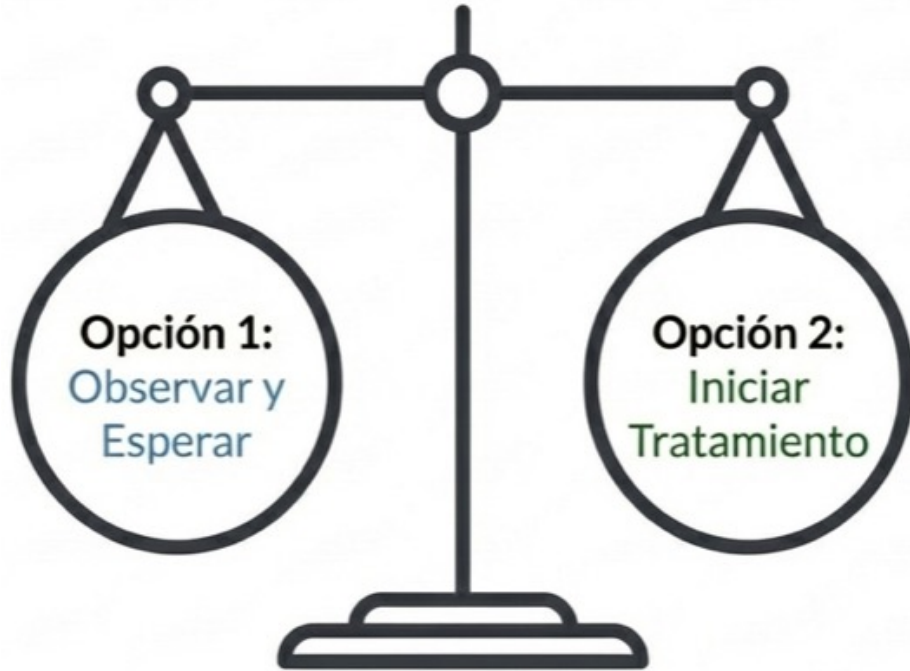
Indicación del Tratamiento: Imposible saber con certeza si todas las hipertensiones eran verdaderamente "asintomáticas".

¿Qué Respondemos?



CLINICAL DECISIONS

INTERACTIVE AT NEJM.ORG



El riesgo es a lo largo de años, no de días.

Opción 1:
Observar y
Esperar



- **La enfermedad aguda puede elevar la TA transitoriamente.**



- **Las mediciones hospitalarias pueden ser inexactas:** Posición incorrecta, manguito inadecuado, dolor o ansiedad.



- **El verdadero peligro de la hipertensión es crónico.** Este paciente probablemente ha tenido cifras similares durante mucho tiempo fuera del hospital.

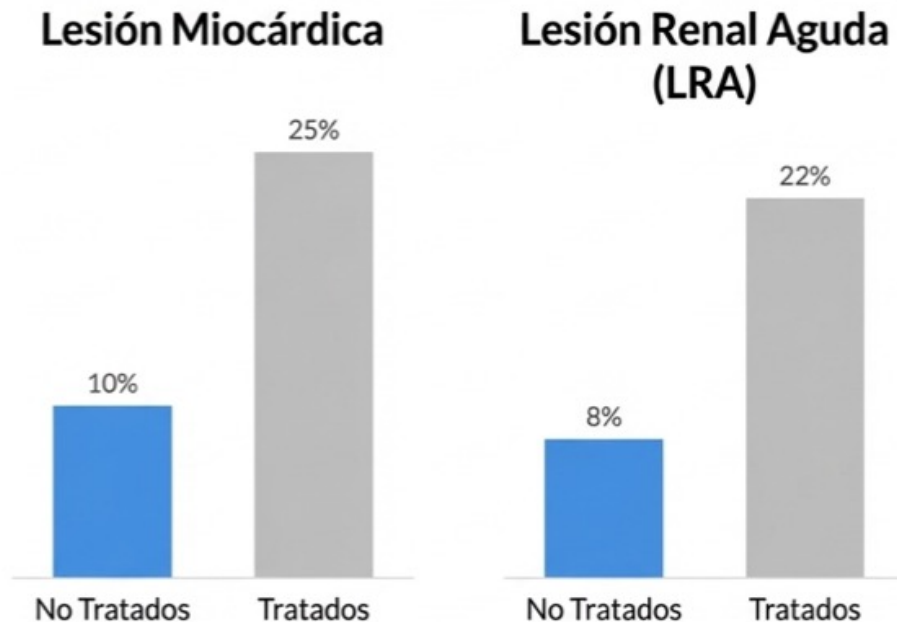
El tratamiento en el hospital puede ser perjudicial.

Opción 1:
Observar y
Esperar

Múltiples estudios observacionales sugieren la necesidad de **cautela**.

El tratamiento (especialmente IV) se asocia con un mayor riesgo de:

- **Hipotensión:** Peligrosa en un paciente con infección.
- **Eventos adversos:** LRA y lesión miocárdica.



Iniciar el tratamiento en el hospital no garantiza un mejor control a largo plazo.

Opción 1:
Observar y
Esperar



- La presión por normalizar cifras en el hospital aumenta el riesgo de sobretratamiento.
- Prescribir al alta se asocia con un **mayor riesgo de reingreso a 30 días**.
- La intervención más importante es asegurar un **seguimiento ambulatorio adecuado**, no iniciar un fármaco sin un plan.

La hospitalización es una oportunidad única para intervenir.

Opción 2:
Iniciar
Tratamiento



Conocimiento de la HTA



Tratamiento de la HTA



Control de la HTA

Las cifras de conocimiento, tratamiento y control de la HTA en adultos son “lamentablemente bajas”.

Esperar podría significar meses o años de hipertensión no tratada, aumentando sustancialmente su riesgo cardiovascular.

Este paciente casi con toda seguridad tiene hipertensión crónica.

Opción 2:
Iniciar
Tratamiento

- ✓ **Demografía:** 63 años. >70% de los hombres y mujeres >60 años tienen HTA.
- ✓ **Múltiples mediciones elevadas:** Incluyendo una tras 10 minutos de reposo.
- ✓ **Equipo calibrado:** Confirmado por el personal de enfermería.
- ✓ **Sin factores de confusión evidentes:** No hay dolor, abstinencia, ni otros fármacos implicados.

Opción 2:
Iniciar
Tratamiento



Iniciar el tratamiento permite:

- ✓ - **Aumentar la conciencia** del paciente sobre su HTA crónica.
- ✓ - **Proporcionar educación inicial** sobre la salud cardiovascular.

El seguimiento es crucial. Un 44% de los antihipertensivos iniciados en el hospital nunca se resurtirán.

Riesgo de daño iatrogénico
(hipotensión, LRA)

Incertidumbre diagnóstica
(HTA de 'batallas', estrés)

El tratamiento es a largo plazo
un plan ambulatorio sólido

Oportunidad para intervenir en
enfermedad crónica no
controlada

Alta probabilidad de HTA
basada en la
evidencia del caso

Catalizador para la educación y
la conciencia del paciente

La intervención más importante es
asegurar que el paciente reciba una
educación y un seguimiento adecuados.

¿Cómo preparar una sesión bibliográfica en un par de horas?

Turn your lazy prompts into great ones



Write a LinkedIn post about the launch of Prompt Cowboy, the world's best prompt generator

Standard Prompt



Yo donde me
Empecemos

T

quiero que
indexadas
práctica h
presentan

✦ Stand

****Situación****

Eres un médico internista especializado en riesgo vascular con amplia experiencia en medicina basada en evidencia y revisión bibliográfica sistemática. Necesitas mantenerte actualizado con la literatura científica más reciente y relevante para optimizar tu práctica clínica diaria en el manejo de pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

****Tarea****

Realiza una búsqueda bibliográfica exhaustiva de artículos científicos publicados en los últimos 12 meses en revistas médicas indexadas en el primer cuartil (Q1) que aborden el área de riesgo vascular. Selecciona exactamente los 10 artículos que tengan el mayor impacto potencial en la práctica clínica de medicina interna.

****Objetivo****

Identificar y sintetizar la evidencia científica más reciente y de mayor calidad en riesgo vascular que pueda traducirse directamente en mejoras en la toma de decisiones clínicas, estrategias de prevención, diagnóstico o tratamiento de pacientes en el ámbito de la medicina interna.

****Conocimiento****

- Enfócate en revistas Q1 de las categorías: medicina interna, cardiología, neurología vascular, endocrinología y metabolismo
- Considera artículos sobre: prevención primaria y secundaria cardiovascular, manejo de factores de riesgo (hipertensión, diabetes, dislipidemia), antiagregación y anticoagulación, estratificación de riesgo, nuevas guías clínicas, ensayos clínicos relevantes y estudios de cohortes de gran impacto
- Prioriza estudios con implicaciones prácticas inmediatas sobre investigación básica
- Valora especialmente ensayos clínicos aleatorizados, metaanálisis y guías de práctica clínica

****Instrucciones de presentación****

Para cada uno de los 10 artículos seleccionados, presenta la información en el siguiente formato:

****Artículo [número]:****

- Título completo, autores principales y revista (con factor de impacto si está disponible)

****Resumen:**** Proporciona un resumen estructurado de 150-200 palabras que incluya: objetivo del estudio, metodología empleada, población estudiada, resultados principales y conclusiones clave.

****Relevancia para la práctica clínica:**** Explica en 100-150 palabras por qué seleccionaste este artículo, especificando: qué cambios o consideraciones introduce en la práctica clínica habitual, a qué tipo de pacientes aplica, qué decisiones terapéuticas o diagnósticas puede influenciar, y cuál es su nivel de evidencia.

Ordena los artículos del 1 al 10 según su relevancia e impacto potencial en la práctica clínica de medicina interna, siendo el número 1 el más relevante.

ón

ones

revistas médicas
levante sobre mi
relevantes y



owboy prompt

Y ahora le paso el prompt a ChatGPT

¿En qué estás trabajando?

****Situación****

Eres un médico internista especializado en riesgo vascular con amplia experiencia en medicina basada en evidencia y revisión bibliográfica sistemática. Necesitas mantenerte actualizado con la literatura científica más reciente y relevante para optimizar tu práctica clínica diaria en el manejo de pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

****Tarea****

Realiza una búsqueda bibliográfica exhaustiva de artículos científicos publicados en los últimos 12 meses en revistas médicas indexadas en el primer cuartil (Q1) que aborden el área de riesgo vascular. Selecciona exactamente los 10 artículos que tengan el mayor impacto potencial en la práctica clínica de medicina interna



TOP 10 Artículos Más Relevantes (ordenados por impacto descendente)

Samuel M, Berry C, Dubé MP, et al. Long-term trials of colchicine for secondary prevention of vascular events: a meta-analysis. *Eur Heart J*. 2025;46(26):2552-2563.

Resumen: Meta-análisis de 6 ensayos clínicos aleatorizados (n total ≈ 21.800) que evaluaron *colchicina a baja dosis (0,5 mg/día)* vs placebo en prevención secundaria cardiovascular (pacientes post-infarto de miocardio, post-ictus isquémico o con enfermedad coronaria crónica). Se incluyeron estudios con ≥ 12 meses de seguimiento (rango 1–3 años). **Resultados agregados:** La colchicina redujo significativamente el riesgo de eventos cardiovasculares mayores (MACE) en un 25% vs placebo (HR 0,75; IC95% 0,56–0,93)[7]. Esta reducción del riesgo se debió principalmente a menos infartos de miocardio, ictus isquémicos y revascularizaciones urgentes en el grupo colchicina ($p < 0,05$ cada uno)[7]. No hubo diferencias significativas en eventos adversos graves ni mortalidad no cardiovascular (RR 1,08; IC95% 0,76–1,54, NS)[8][9], indicando buena seguridad a largo plazo.

Conclusiones: Este meta-análisis actualiza la evidencia mostrando que la colchicina (0,5 mg diario) aporta un **beneficio clínico relevante** en prevención secundaria (reducción sustancial de MACE, infartos recurrentes, ictus y revascularizaciones) sin aumento de efectos adversos serios[7][9]. Los hallazgos apoyan el uso de colchicina como terapia antiinflamatoria complementaria para reducir eventos cardiovasculares recurrentes en pacientes con enfermedad vascular establecida.

Análisis de Impacto: Publicado en *European Heart Journal* (Q1), consolida el concepto de la **inflamación como diana terapéutica** en aterosclerosis. La colchicina, fármaco antiguo, barato y seguro, demuestra beneficios clínicos similares a terapias de prevención secundaria establecidas. Este trabajo –que incorpora dos RCT recientes en infarto y ACV– ofrece evidencia robusta para que médicos internistas consideren **añadir colchicina** crónica en pacientes post-infarto o con enfermedad coronaria, más allá de estatinas y antiagregantes[7]. Su impacto potencial es paradigmático: pasar de enfoques exclusivamente lipídicos/antiagregantes a incluir terapia antiinflamatoria dirigida. Dado su bajo coste y perfil de seguridad, las guías podrían otorgarle recomendación IIa para prevención secundaria (ya reflejado por ESC). En la práctica, esto podría **cambiar el estándar** de manejo post-infarto integrando colchicina para reducir el riesgo residual inflamatorio. Esta estrategia antiinflamatoria, confirmada por meta-análisis, puede traducirse en menos reinfartos y ictus en Medicina Interna habitual.

Guo X, Sun G, Xu Y, et al. Benefit–harm trade-offs of intensive blood pressure control versus standard control on cardiovascular and renal outcomes: an individual participant data analysis of trials. *Lancet*. 2025;406(10507):1009–1019.

Resumen: Análisis combinado a nivel de paciente de 6 ensayos aleatorizados (incluyendo SPRINT, ACCORD-BP, STEP, entre otros) para cuantificar la relación beneficio-riesgo de un control tensional intensivo (objetivo ~120 mmHg) vs estándar (~140 mmHg). Se incluyeron >30.000 participantes con seguimiento mediano ~3,3 años. **Resultados:** El control intensivo redujo la incidencia de eventos cardiovasculares mayores (infarto, ictus, insuficiencia cardíaca) en aproximadamente 1,7% absoluto, pero aumentó efectos adversos (hipotensión, lesión renal aguda, síncope) en ~0,8–1,0%. Usando un índice de beneficio-riesgo adjudicado, la estrategia intensiva mostró un perfil global favorable con una **“ganancia neta” significativa (índice ~1,14; IC95% 1,03–1,25)[10][11]**. En otras palabras, los beneficios en reducción de eventos CV superaron los perjuicios por eventos adversos renales o de hipotensión. Esta ventaja neta persistió en la mayoría de subgrupos, especialmente en pacientes de mayor riesgo cardiovascular. **Conclusiones:** El control intensivo de la presión arterial (objetivo sistólica ~120) ofrece un **beneficio clínico neto** frente al control estándar, al lograr menos eventos cardiovasculares pese a un ligero aumento de efectos adversos, lo que apoya su adopción amplia[11]. Sin embargo, se enfatiza individualizar en ancianos frágiles o con ERC avanzada.

Análisis de Impacto: Este estudio (Lancet, Q1) refuerza con datos integrados de múltiples RCT la recomendación de objetivos tensionales más estrictos en hipertensión. Para Medicina Interna, aporta evidencia cuantitativa de que tratar la PA a <130/80 (incluso ~120 mmHg sistólica) **salva más vidas** y eventos que las complicaciones que pudiera causar[11]. Confirmando hallazgos de SPRINT, disipa dudas sobre daños renales: aunque aumentan eventos renales agudos, el balance global favorece el control intensivo. Esto **consolida un cambio de paradigma** ya reflejado en guías recientes, alentando a internistas a perseguir PA <130/80 en la mayoría de pacientes de riesgo, con monitorización de efectos adversos. El análisis beneficio-riesgo proporciona respaldo científico para convencer tanto a clínicos como a pacientes de intensificar el tratamiento antihipertensivo de forma segura. En resumen, esta evidencia unificada **valida y afina las metas tensionales bajas**, lo que probablemente llevará a un manejo más agresivo de la hipertensión en práctica rutinaria para prevenir ictus e infartos adicionales.

Kawai K, Muhere CF, Lemos EV, Francis JM. Viral Infections and Risk of Cardiovascular Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc*. 2025;14(21):e042670.

Resumen: Revisión sistemática y meta-análisis de 155 estudios (cohortes y casos-contrroles) que evaluaron la asociación entre infecciones virales comunes y enfermedades cardiovasculares (coronaria y cerebrovascular). Se incluyeron datos

Análisis de Impacto: Publicado en *European Heart Journal* (Q1), consolida el concepto de la **inflamación como diana terapéutica** en aterosclerosis. La colchicina, fármaco antiguo, barato y seguro, demuestra beneficios clínicos similares a terapias de prevención secundaria establecidas. Este trabajo –que incorpora dos RCT recientes en infarto y ACV– ofrece evidencia robusta para que médicos internistas consideren **añadir colchicina** crónica en pacientes post-infarto o con enfermedad coronaria, más allá de estatinas y antiagregantes[7]. Su impacto potencial es paradigmático: pasar de enfoques exclusivamente lipídicos/antiagregantes a incluir terapia antiinflamatoria dirigida. Dado su bajo coste y perfil de seguridad, las guías podrían otorgarle recomendación IIa para prevención secundaria (ya reflejado por ESC). En la práctica, esto podría **cambiar el estándar** de manejo post-infarto integrando colchicina para reducir el riesgo residual inflamatorio. Esta estrategia antiinflamatoria, confirmada por meta-análisis, puede traducirse en menos reinfartos y ictus en Medicina Interna habitual.



Fuentes



+ Añadir fuentes



Prueba Deep Research para obtener un informe detallado y nuevas fuentes.



Buscar nuevas fuentes en la Web



Web



Investigación rápida



Seleccionar todas las fuentes



Bavendiek et al. - 2025 - Digitoxin in Patients ...



Bays et al. - 2025 - Bempedoic Acid for Preve...



Canales et al. - 2025 - As-Needed Blood Pres...



Dong et al. - 2025 - Benefit and Harm of Inten...



Duelli et al. - 2025 - Distribution of coronary a...



Gulati et al. - 2025 - 2025 High Blood Pressur...



Lukitasari et al. - 2025 - Visit-to-visit blood pr...



Mai et al. - 2025 - Prescribed in-hospital sodi...



NEJMoa2504735.pdf



NEJMoa2509958.pdf



Chat



Sesión bibliográfica Diciembre 25

15 fuentes

Las fuentes presentan hallazgos fundamentales derivados de grandes ensayos clínicos y metaanálisis en el ámbito de la cardiología y nefrología. Un metaanálisis confirmó que los **inhibidores SGLT2** reducen consistentemente el riesgo de progresión de la **enfermedad renal crónica (ERC)**, independientemente de la tasa de filtración glomerular o albuminuria basal. En cuanto a la farmacoterapia, se demostró que el tratamiento con **digitoxina** disminuye significativamente las hospitalizaciones y la muerte en pacientes con insuficiencia cardíaca de fracción de eyección reducida, y la **colchicina en dosis bajas** reduce los **eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE)**. Sin embargo, un gran ensayo aleatorizado indicó que los **betabloqueantes** no proporcionan beneficio adicional en la prevención de eventos después de un infarto de miocardio en pacientes con función ventricular conservada. En el contexto de la atención aguda, el uso de **suplementación de sodio con furosemida** en la insuficiencia cardíaca descompensada mejoró la función renal y acortó la estancia hospitalaria, aunque la administración de **medicamentos para la presión arterial según sea necesario** en el hospital se asoció con un mayor riesgo de **lesión renal aguda (LRA)**. Además, el consumo moderado de **café con cafeína** se correlacionó con una menor recurrencia de la fibrilación auricular después de la cardioversión.



Guardar en una nota



Resumen de video



Resumen de audio



Mapa mental

Empieza a escribir...

15 fuentes



¿Cómo desafían ensayos recientes guías establecidas sobre tratamientos cardiovasculares con medicamentos comunes?

¿Qué nuevos umbrales de riesgo influyen en las recomendaciones personalizadas para la presión arterial y...



Notebook! M puede ofrecer respuestas inexactas. Comprobalas.

Studio



Resumen de audio



Resumen de video



Mapa mental



Informes



Tarjetas didácticas



Cuestionario



Infografía



Presentación



Colchicine Secondary Prevention Evidence...

1 fuente · Hace 5 h



Colchicina Reduce Eventos Cardiovascular...

1 fuente · Hace 5 h



Colchicine Essential Secondary Prevention

1 fuente · Hace 1 día



Control de Hipertensión Domiciliaria...

1 fuente · Hace 1 día



Colchicina: Prevención Vascular Secundaria.

1 fuente · Hace 1 día



Home Care Transforms Hypertension Control

1 fuente · Hace 1 día



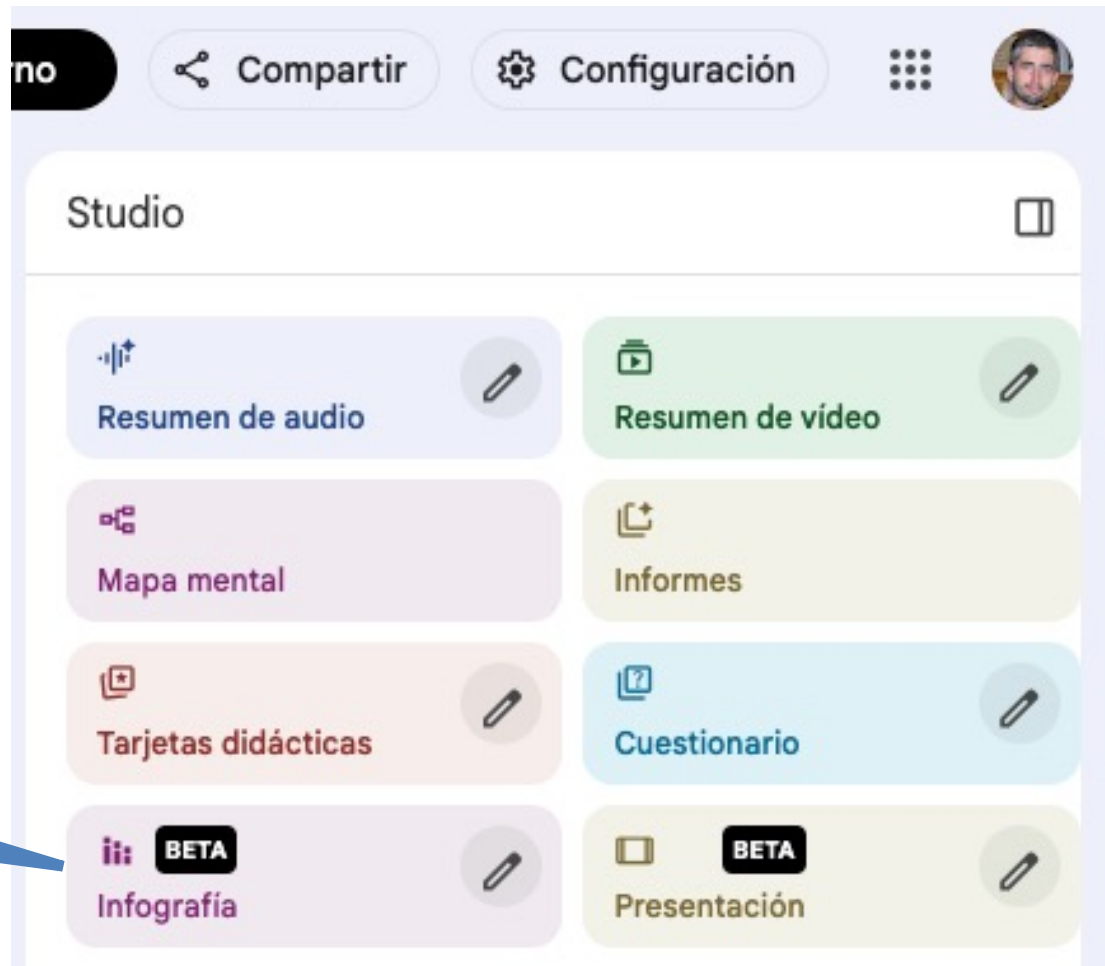
REBOOT Beta-blockers and Post-Infarct

1 fuente · Hace 1 día

+ Añadir nota



¿Vemos cómo queda una infografía de un artículo?



Colchicina para la Prevención Vascular Secundaria: Un Metaanálisis

Resumen del Contexto

Este metaanálisis actualizado sintetiza la evidencia de 6 ensayos controlados aleatorizados (ECA) que incluyeron a 21,800 pacientes. Evalúa la eficacia y seguridad a largo plazo del tratamiento con colchicina en dosis bajas para la prevención secundaria de eventos vasculares.



Eficacia Comprobada: Reducción de Riesgos Cardiovasculares



Reducción del 25% en Eventos Cardiovasculares Adversos Mayores (MACE)

La colchicina disminuyó significativamente el riesgo combinado de muerte cardiovascular, infarto y ACV.

Infarto de Miocardio



Accidente Cerebrovascular



Revascularización Coronaria Urgente

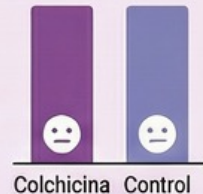


Perfil de Seguridad Favorable



Sin Diferencias en la Mortalidad

No se observó un aumento en la mortalidad por todas las causas ni en la mortalidad no cardiovascular.



Sin Aumento de Eventos Adversos Graves

No se detectaron diferencias significativas en hospitalizaciones por infecciones, neumonía o cáncer.



Infecciones



Neumonía



Cáncer



Mensaje Principal

La evidencia actual respalda el uso de colchicina para la prevención secundaria de eventos vasculares.



Seleccionar idioma

español ▼

Elegir orientación



Horizontal

Vertical

Cuadrado

Nivel de detalle

Conciso



Estándar

Detallado

BETA

Describe la infografía que quieres crear

Quiero que hagas la infografía dirigida a una audiencia infantil

Generar

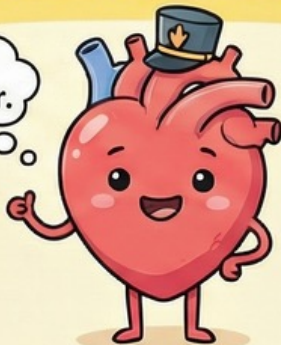
Poder
para c
estilo
nuestro
mismo

¡La Sorpresa del Café y el Corazón!



¡Pum-Pum,
Pum-Pum!
Ritmo Constante.

Tu corazón es
como un tambor.



A veces, el ritmo
se vuelve loco.



Fibrilación Auricular (FA)

Se creía que el café
era el villano.



Muchos pensaban que tomar café
hacía que el corazón perdiera el
ritmo más fácilmente.

¡El Gran Experimento y el Sorprendente Resultado!

¡Equipo Café!



¡El Equipo Café tuvo
menos problemas!



¡Equipo Sin Café!



Sus corazones mantuvieron
el ritmo correcto con más
frecuencia.



Menos corazones con
ritmo desordenado.



¡Tomar café
todos los días!



¡No tomar
nada de café!



¡El café podría ser un
amigo del corazón!

Este estudio descubrió que
el café ayudó a proteger
el ritmo del corazón en
lugar de dañarlo.



Evolocumab in patients without a previous myocardial infarction or stroke

Bohula EA, et al. New Engl J Med 2025. DOI: [10.1056/NEJMoa2514428](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2514428)

NEJM: dabigatrán en ablación de FA, evolocumab en pacientes con enfermedad cardiovascular

[Deja un comentario](#)

La sesión de residentes de este lunes le correspondió a la Dra. Sánchez (R4) que repasó los siguientes artículos publicados recientemente en el NEJM.

- Uninterrupted dabigatran versus warfarin for ablation in atrial fibrillation: sin diferencias en eventos embolígenos y con menor tasa de sangrados en el grupo de dabigatrán comparados con warfarina; no se suspendió la anticoagulación en ninguno de los dos grupos.
- Safety and efficacy of a dapivirine vaginal ring for VIH prevention in women: estudio realizado en Sudáfrica y Uganda. Se comentaron las limitaciones del estudio, con un centro de datos eliminados y una alta tasa de abandono del estudio.
- Evolocumab and clinical outcomes in patients with cardiovascular disease: menor tasa de eventos en pacientes tratados con estatina a los que se asocia evolocumab frente a placebo. El NNT estimado es de 72 pacientes a 2 años vista... problema el coste, en torno a 500 euros mensuales.

Su presentación se encuentra en el [enlace](#) adjunto.

Esta entrada fue publicada en [Residentes](#) el 29/03/2017 por Alberto Muela Molinero. [Editar](#)

Servicio de Medicina Interna del Hospital de León

[INICIO](#) [BIENVENIDA](#) [COMPOSICIÓN DEL SERVICIO](#) [CALENDARIO DE SESIONES](#) [SESIONES](#) [37 SOCIALMI](#) [OTRAS COSAS](#)



Sesiones de residentes: The New England Journal of Medicine.

[Deja un comentario](#)

El 4 de mayo de 2015 el Dr. Joaquín García Llorente (R4 MI) revisó en la sesión de los lunes tres artículos del NEJM de forma crítica, son:

- *Efficacy and safety of alirocumab in reducing lipids and cardiovascular events.*
- *Efficacy and safety of evolocumab in reducing lipids and cardiovascular events.*
- *Systemic inflammatory response syndrome criteria in defining severe sepsis.*



Su presentación se puede descargar en el siguiente [enlace](#).

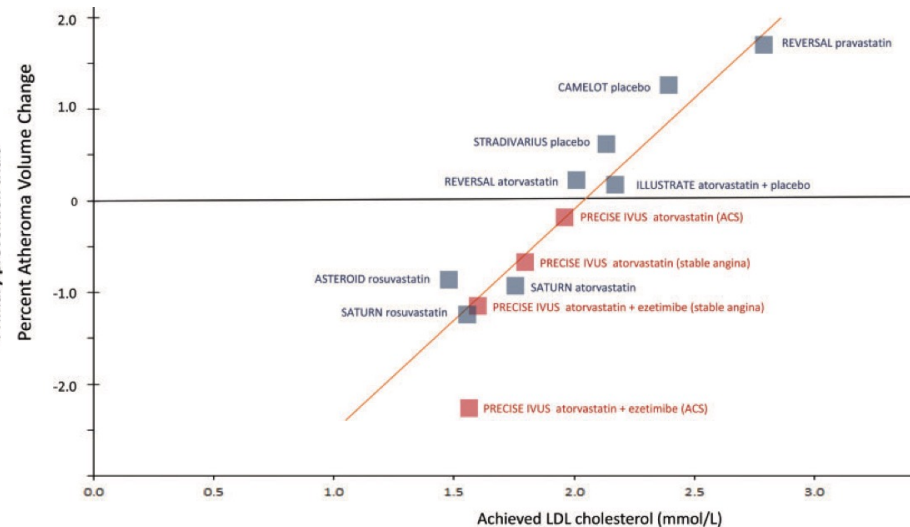
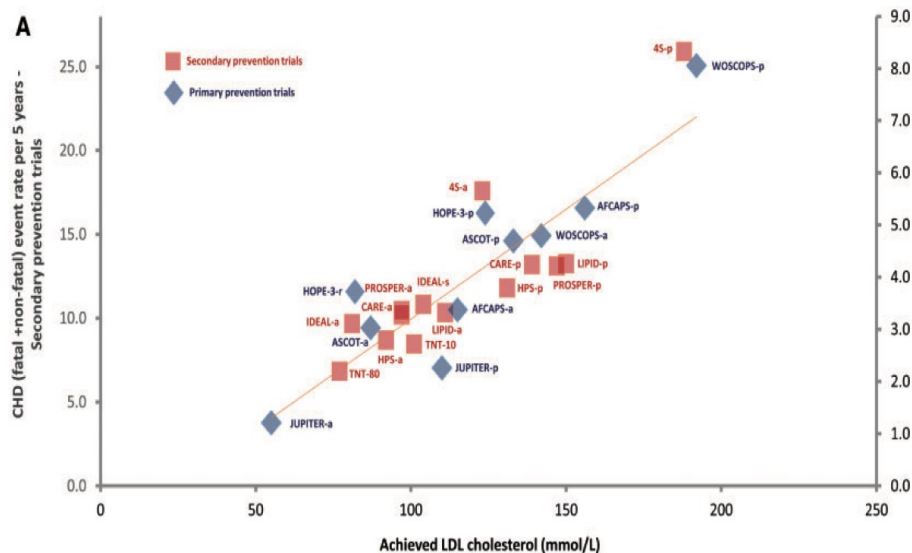
Esta entrada fue publicada en [Residentes](#) el 05/05/2015 por Alberto MB. [Editar](#)

Evolocumab in patients without a previous myocardial infarction or stroke

Bohula EA, et al. New Engl J Med 2025. DOI: [10.1056/NEJMoa2514428](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2514428)

- ❑ LDL-c como factor causal aterosclerótico
- ❑ Beneficio de reducir LDL-c en todos los niveles de riesgo
- ❑ PCSK9 estudiado sobre todo en prevención secundaria

A



Ference BA, et al. Eur Heart J 2017

Evolocumab in patients without a previous myocardial infarction or stroke

Bohula EA, et al. New Engl J Med 2025. DOI: [10.1056/NEJMoa2514428](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2514428)

- ❑ LDL-c como factor causal aterosclerótico
- ❑ Beneficio de reducir LDL-c en todos los niveles de riesgo
- ❑ PCSK9 estudiado sobre todo en prevención secundaria



Lo Conocido

La eficacia de los inhibidores de la PCSK9 está bien establecida en **prevención secundaria** (pacientes con IM/ictus previos).

La Incógnita

¿Cuál es el beneficio de una reducción intensiva del C-LDL con Evolocumab en pacientes de alto riesgo que aún no han sufrido un evento cardiovascular mayor?

Diseño del estudio

Población



12,257 pacientes sin IM o ictus previos, con aterosclerosis o diabetes de alto riesgo, y C-LDL ≥ 90 mg/dL.

Intervención



Evolocumab 140 mg subcutáneo cada 2 semanas.

Comparador



Placebo.

Objetivos Primarios



1. MACE de 3 puntos (muerte coronaria, IM, ictus isquémico).
2. MACE de 4 puntos (MACE de 3 puntos + revascularización arterial por isquemia).

Características de los pacientes



Edad Mediana:
66 años



Mujeres:
43%



C-LDL Mediano
Basal: **122 mg/dL**

Categorías de Enfermedad:



~**67%** con aterosclerosis establecida
(Coronaria 45%, Cerebrovascular 10%,
Periférica 17%)



~**60%** con diabetes
(~50% de alto riesgo)



Tratamiento Hipolipemiante Basal: 72% con terapia de alta intensidad.

- **68%** con estatinas de alta intensidad.
- **20%** con ezetimiba.

Resultados sobre niveles de cLDL

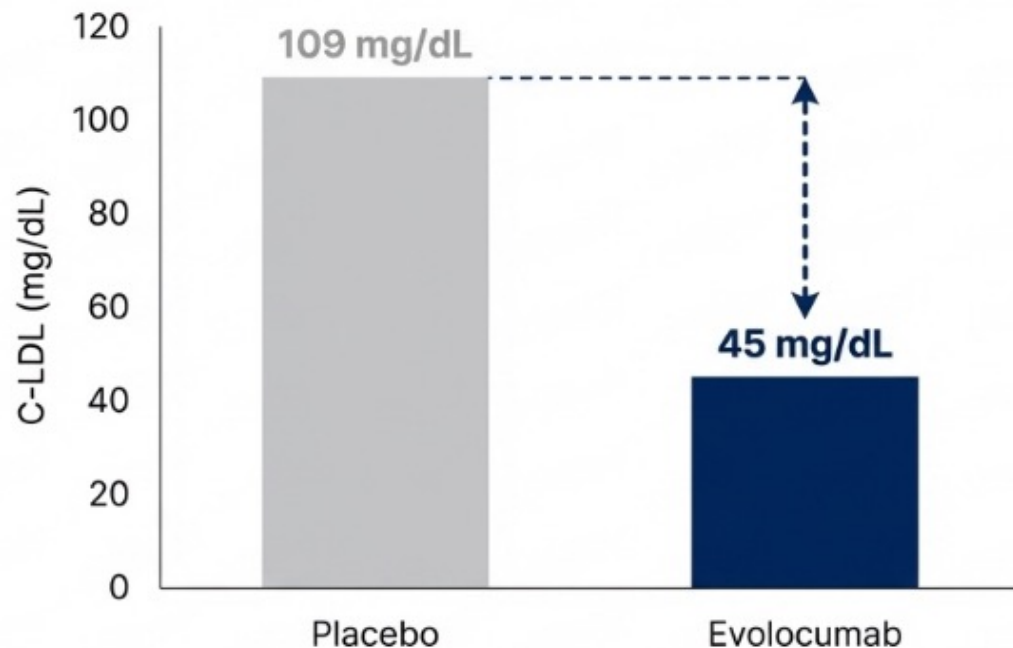
Reducción del C-LDL vs placebo
a las 48 semanas:

-55%

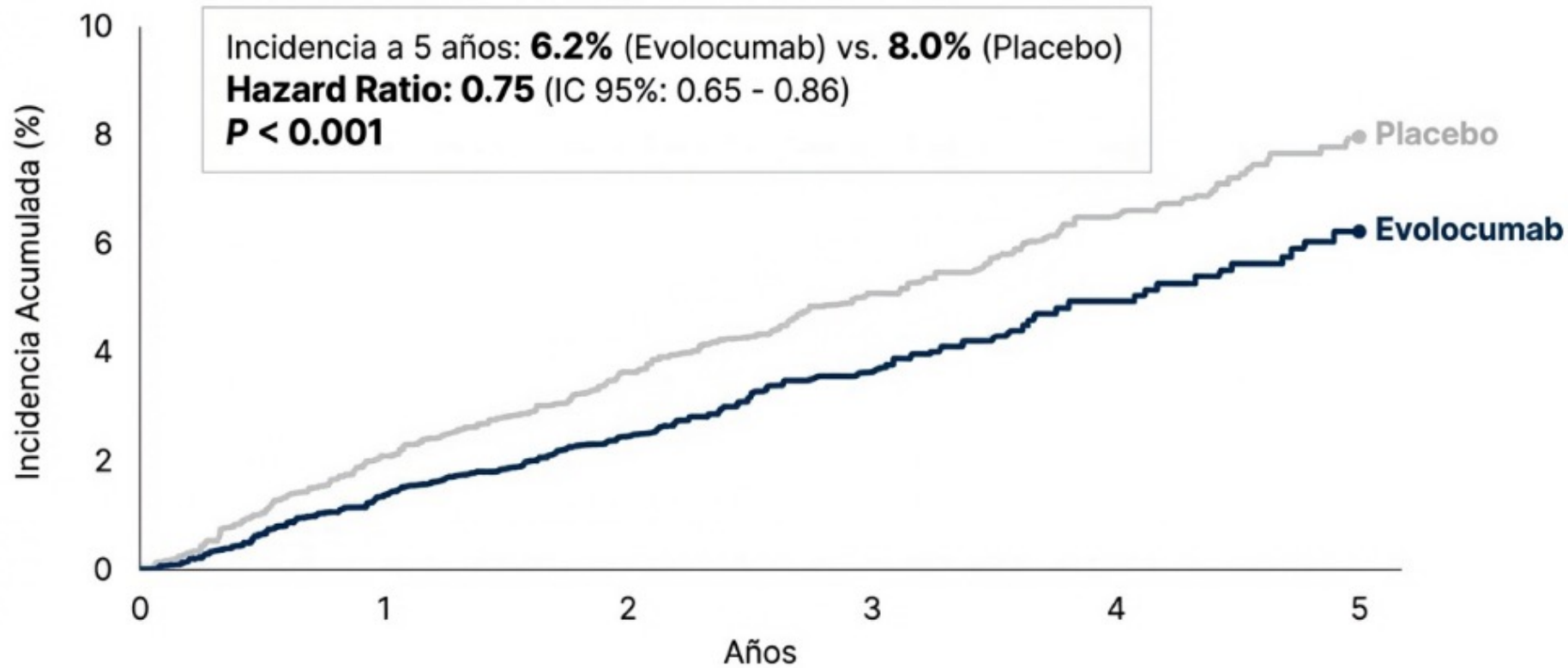
Diferencia absoluta media de C-LDL:

-63 mg/dL

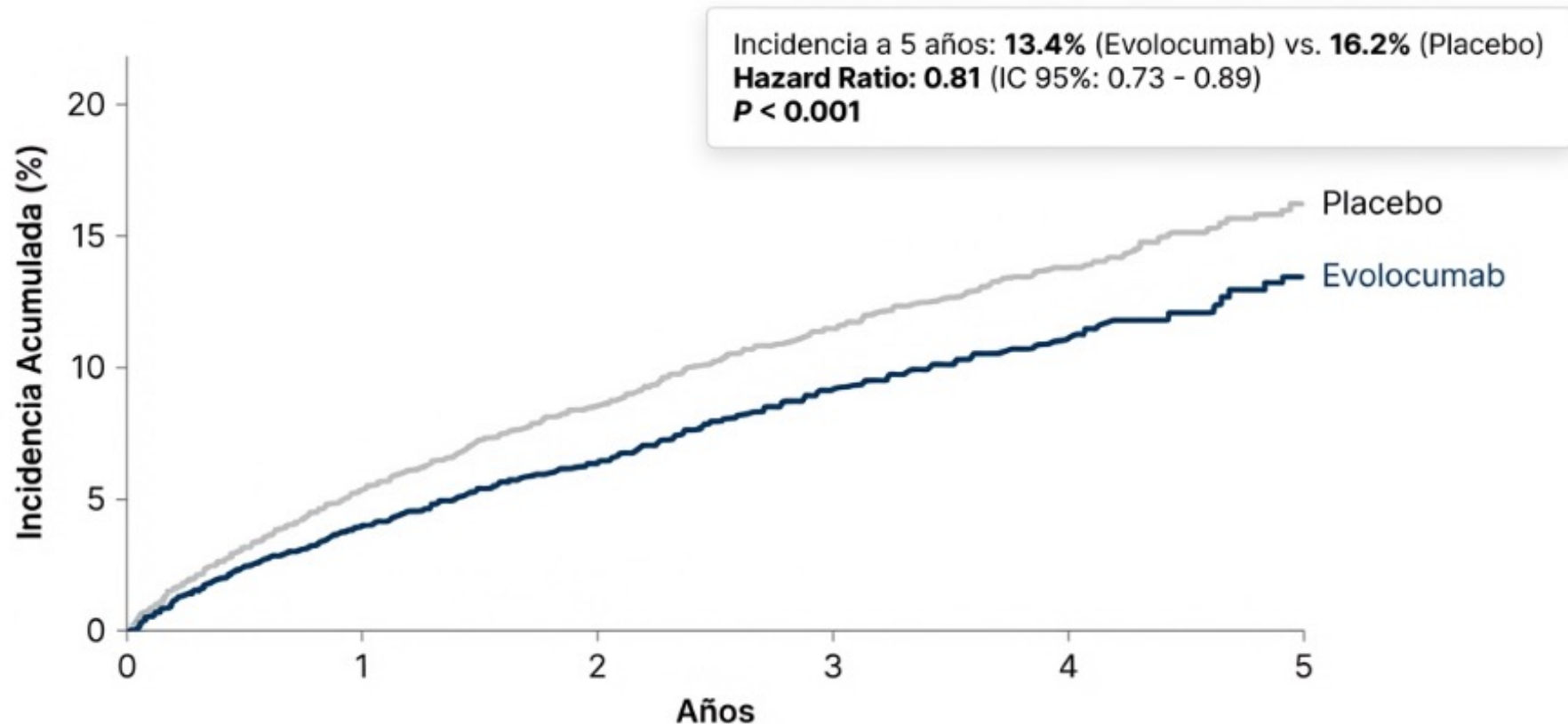
C-LDL Mediano en la Semana 48



Resultado primario: reducción del **25%** en MACE 3 puntos

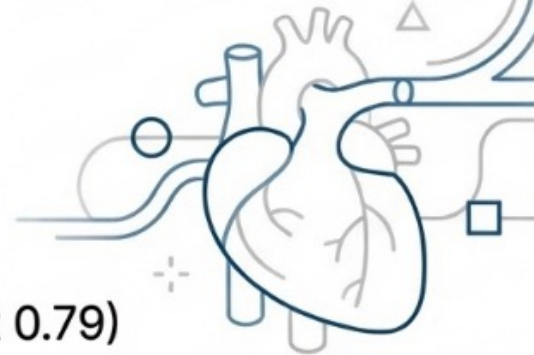


Resultado adicional: reducción del **19%** en MACE 4 puntos



Reducciones de riesgo significativas en la mayoría de los endpoints jerárquicos, incluyendo:

- Infarto de Miocardio: **-36%** (HR 0.64)
- Muerte CV, IM o Ictus Isquémico: **-27%** (HR 0.73)
- Revascularización Arterial por Isquemia: **-21%** (HR 0.79)



Myocardial infarction, ischemic stroke, or ischemia-driven arterial revascularization	674 (12.2)	834 (15.0)	0.79 (0.72–0.88)	<0.001
Death from coronary heart disease, myocardial infarction, or ischemia-driven arterial revascularization	664 (11.9)	819 (14.6)	0.79 (0.72–0.88)	<0.001
Death from cardiovascular causes, myocardial infarction, or ischemic stroke	374 (6.8)	503 (9.1)	0.73 (0.64–0.84)	<0.001
Death from coronary heart disease or myocardial infarction	232 (4.2)	313 (5.6)	0.73 (0.62–0.87)	<0.001
Myocardial infarction	149 (2.7)	229 (4.1)	0.64 (0.52–0.79)	<0.001
Ischemia-driven arterial revascularization	561 (10.1)	699 (12.5)	0.79 (0.70–0.88)	<0.001

Nota sobre el Análisis Jerárquico:

El análisis jerárquico se detuvo al no encontrar un efecto significativo en la muerte por causa coronaria (HR 0.89; $P=0.39$), por lo que los resultados subsecuentes (muerte CV, muerte por cualquier causa) deben considerarse exploratorios.

El beneficio clínico de Evolocumab fue consistente independientemente de:

■ Edad (<65 vs. ≥65 años)

Beneficio subgrupos

CONCLUSIONS

PCSK9 inhibition with evolocumab led to a lower risk of first cardiovascular events than placebo among patients with atherosclerosis or diabetes and without a previous myocardial infarction or stroke. (Funded by Amgen; VESALIUS-CV ClinicalTrials.gov number, NCT03872401.)

porosis

■ Intensidad del tratamiento con estatinas



No se observaron diferencias significativas entre Evolocumab y Placebo en la incidencia de **eventos adversos serios**.



No se observaron diferencias significativas en **eventos adversos que llevaron a la discontinuación del tratamiento**.

Seguimiento medio de 4,6 años



Fuentes



+ Añadir fuentes



Prueba Deep Research para obtener un informe detallado y nuevas fuentes.



Buscar nuevas fuentes



Web

Seleccionar todas las fuentes



Bavendiek et al. - 2025



Bays et al. - 2025



Canales et al. - 2025



Dong et al. - 2025



Duelli et al. - 2025



Gulati et al. - 2025



Lukitasari et al. - 2025



Mai et al. - 2025



NEJMoa2504735.pdf



NEJMoa2509958.pdf

Chat



Sesión bibliográfica Diciembre 25

15 fuentes

os y metaanálisis en el
GLT2 reducen
dependientemente de la tasa
tró que el tratamiento con
con insuficiencia cardíaca
cardiovasculares adversos
antes no proporcionan
pacientes con función
de sodio con
la estancia hospitalaria,
rio en el hospital se
o de café con cafeína
versión.

Mapa mental

15 fuentes



¿Qué nuevos umbrales de riesgo influyen en las recomendaciones personalizadas para la presión arterial y el riesgo cardiovascular?

¿Otra píldora?



NotebookLM puede ofrecer respuestas inexactas. Comuéñalas.

Studio



Resumen de audio



Resumen de video



Mapa mental

Informes

Tarjetas didácticas



Cuestionario



BETA
Infografía



BETA
Presentación



Colchicine Secondary Prevention Evidence...
1 fuente · Hace 5 h

Colchicina Reduce Eventos Cardiovascular...
1 fuente · Hace 5 h

Colchicine Essential Secondary Prevention
1 fuente · Hace 1 día

Control de Hipertensión Domiciliaria...
1 fuente · Hace 1 día

Colchicina: Prevención Vascular Secundaria.
1 fuente · Hace 1 día

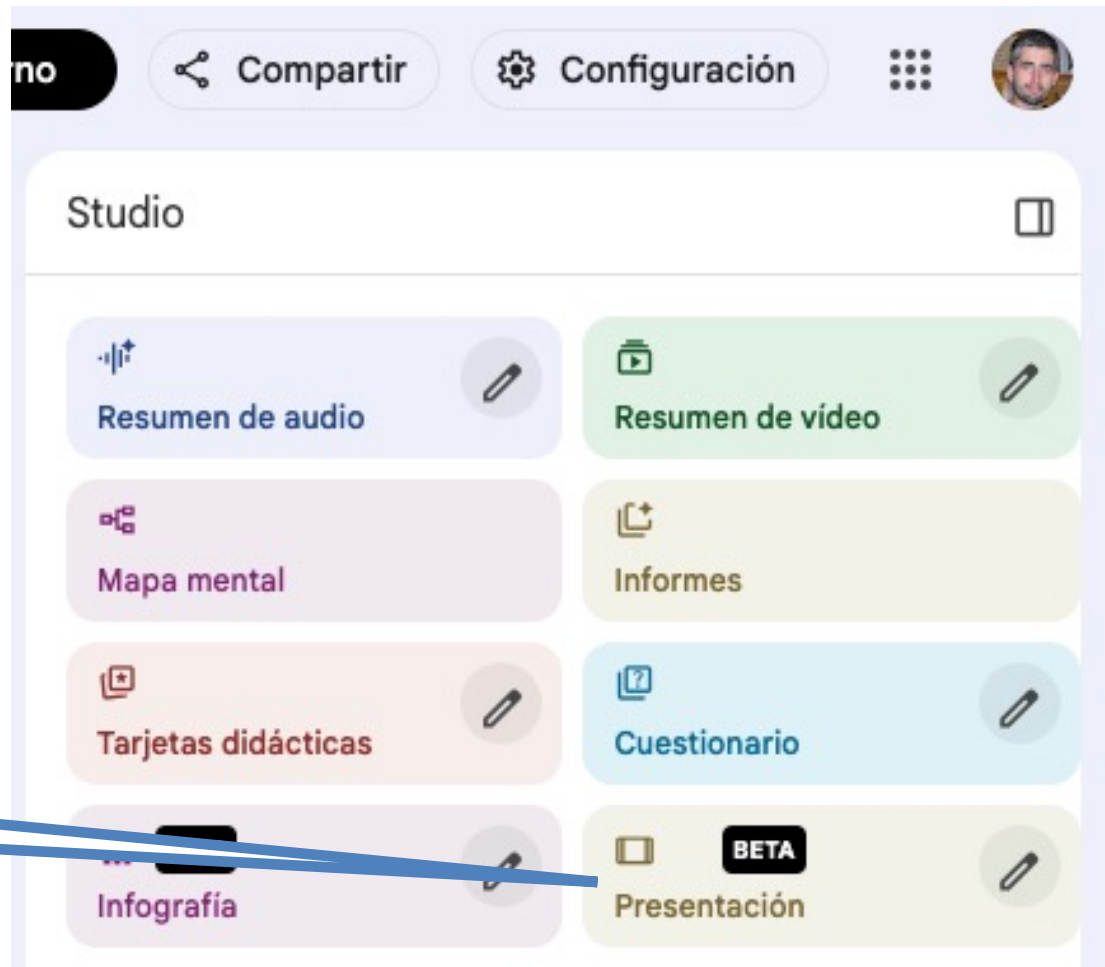
Home Care Transforms Hypertension Control
1 fuente · Hace 1 día

REBOOT Beta-blockers and heart failure
1 fuente · Hace 1 día

Añadir nota



¿Vemos cómo queda una presentación de un artículo?



+ Añadir fuentes



Prueba Deep Research para obtener un informe detallado y nuevas fuentes.



Buscar nuevas fuentes en la Web



Web



Investigación rápida



Seleccionar todas las fuentes



Bavendiek et al. - 2025 - Digitoxin in Patients with He...



Bays et al. - 2025 - Bempedoic Acid for Prevention of...



Bohula et al. - 2025 - Evolocumab in Patients without...



Canales et al. - 2025 - As-Needed Blood Pressure M...



Dong et al. - 2025 - Benefit and Harm of Intensive BL...



Duelli et al. - 2025 - Distribution of coronary artery c...



Gulati et al. - 2025 - 2025 High Blood Pressure Guide...



Lukitasari et al. - 2025 - Visit-to-visit blood pressure ...



Mai et al. - 2025 - Prescribed in-hospital sodium inta...



NEJMoa2504735.pdf



NEJMoa2509958.pdf



Neuen et al. - 2025 - SGLT2 Inhibitors and Kidney Ou...



...según el ensayo REBOOT en el ensayo REBOOT, que evaluó el efecto de la terapia con betabloqueantes en pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM) y tienen una **fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) superior al 40%** (es decir, una FEVI preservada o ligeramente reducida) 1 ...

El ensayo fue realizado en España e Italia y tenía como objetivo reexaminar las recomendaciones de las guías clínicas para el uso de betabloqueantes en estos pacientes, ya que las recomendaciones actuales se basan en ensayos realizados antes de que las terapias modernas (como la reperfusión rutinaria, el manejo invasivo y la revascularización completa) se convirtieran en el estándar de atención 1 4 .

Metodología y Grupos de Estudio

• **Población:** 8438 pacientes con infarto agudo de miocardio (con o sin elevación del segmento ST) y una FEVI superior al 40% después de recibir atención invasiva (angiografía coronaria) 1 3 .

• **Diseño:** Ensayo aleatorizado y abierto (PROBE), donde los resultados clínicos fueron adjudicados centralmente y cegados al grupo de estudio (evaluación ciega del resultado) 1 5 .

• **Grupos:** Los pacientes fueron asignados aleatoriamente (1:1) a recibir **terapia con betabloqueantes o ninguna terapia con betabloqueantes** al momento del alta hospitalaria o dentro de los 14 días posteriores 1 6 .

• **Seguimiento:** La mediana de seguimiento fue de 3.7 años 1 7 .

Resultado Principal (Primary Outcome)

El resultado primario fue un compuesto de **muerte por cualquier causa, reinfarcto u hospitalización por insuficiencia cardíaca** 1 8 .

Hallazgos Clave

El ensayo REBOOT concluyó que el tratamiento con betabloqueantes no tuvo efecto en la incidencia del resultado compuesto primario en pacientes con IAM y una FEVI superior al 40% 1 ...

• **Resultado Primario Compuesto:** Ocurrió en 316 pacientes en el grupo de betabloqueantes (22.5 eventos por 1000 años-paciente) y en 307 pacientes en el grupo sin betabloqueantes (21.7 eventos por 1000 años-paciente) 1 ... El cociente de

Empieza a escribir...

1 fuente



¿Cuál fue el diseño específico del ensayo REBOOT?

¿Qué países participaron en el ensayo clínico REBOOT?

Defina el resultado primario compuesto del estudio.



Junta de
Castilla y León
Consejería de Sanidad



VESALIUS-CV Redefini

Basado en 1 fuente



VESALIUS-CV: Evolocumab en Prevención Primaria de Alto Riesgo

Resultados Clave y Relevancia Clínica del Ensayo
Publicado en *The New England Journal of Medicine*

Basado en Bohula EA, et al. NEJM / June 2025.

At. Neumología

Evolocumab Reduce Significativamente el Riesgo del Primer Evento Cardiovascular Mayor

En pacientes de alto riesgo con aterosclerosis o diabetes, sin infarto de miocardio (IM) o ictus previos, el tratamiento con Evolocumab demostró:

Reducción del 25%
en el riesgo de MACE de 3 puntos
(muerte coronaria, IM,
ictus isquémico).

HR 0.75 (IC 95%: 0.65 - 0.86), P<0.001

Reducción del 19%
en el riesgo de MACE de 4 puntos
(MACE de 3 puntos +
revascularización arterial por
isquemia).

HR 0.81 (IC 95%: 0.73 - 0.89), P<0.001

El perfil de seguridad fue comparable al placebo.

At. Neumología

La Brecha de Evidencia: Reducir el Riesgo en Prevención Primaria



Lo Conocido

La eficacia de los inhibidores de la PCSK9 está bien establecida en **prevención secundaria** (pacientes con IM/ictus previos).

La Incógnita

¿Cuál es el beneficio de una reducción intensiva del C-LDL con Evolocumab en **pacientes de alto riesgo** que aún no han sufrido un suceso cardiovascular mayor?

Contenido adecuado

Contenido inadecuado



VESALIUS-CV: Evolocumab en Prevención Primaria de Alto Riesgo

Resultados Clave y Relevancia Clínica del Ensayo
Publicado en *The New England Journal of Medicine*

Basado en Bohula EA, et al. N Engl J Med 2025.

NotebookLM

Evolocumab Reduce Significativamente el Riesgo del Primer Evento Cardiovascular Mayor

En pacientes de alto riesgo con aterosclerosis o diabetes, sin infarto de miocardio (IM) o ictus previos, el tratamiento con Evolocumab demostró:

Reducción del 25%

en el riesgo de MACE de 3 puntos
(muerte coronaria, IM,
ictus isquémico).

HR 0.75 (IC 95%: 0.65 - 0.86), $P < 0.001$

Reducción del 19%

en el riesgo de MACE de 4 puntos
(MACE de 3 puntos +
revascularización arterial por
isquemia).

HR 0.81 (IC 95%: 0.73 - 0.89), $P < 0.001$

El perfil de seguridad fue comparable al placebo.

Caffeinated coffee consumption or abstinence to reduce atrial fibrillation

Wong CX, et al. JAMA 2025. DOI: [10.1001/jama.2025.21056](https://doi.org/10.1001/jama.2025.21056)



Sabiduría Convencional

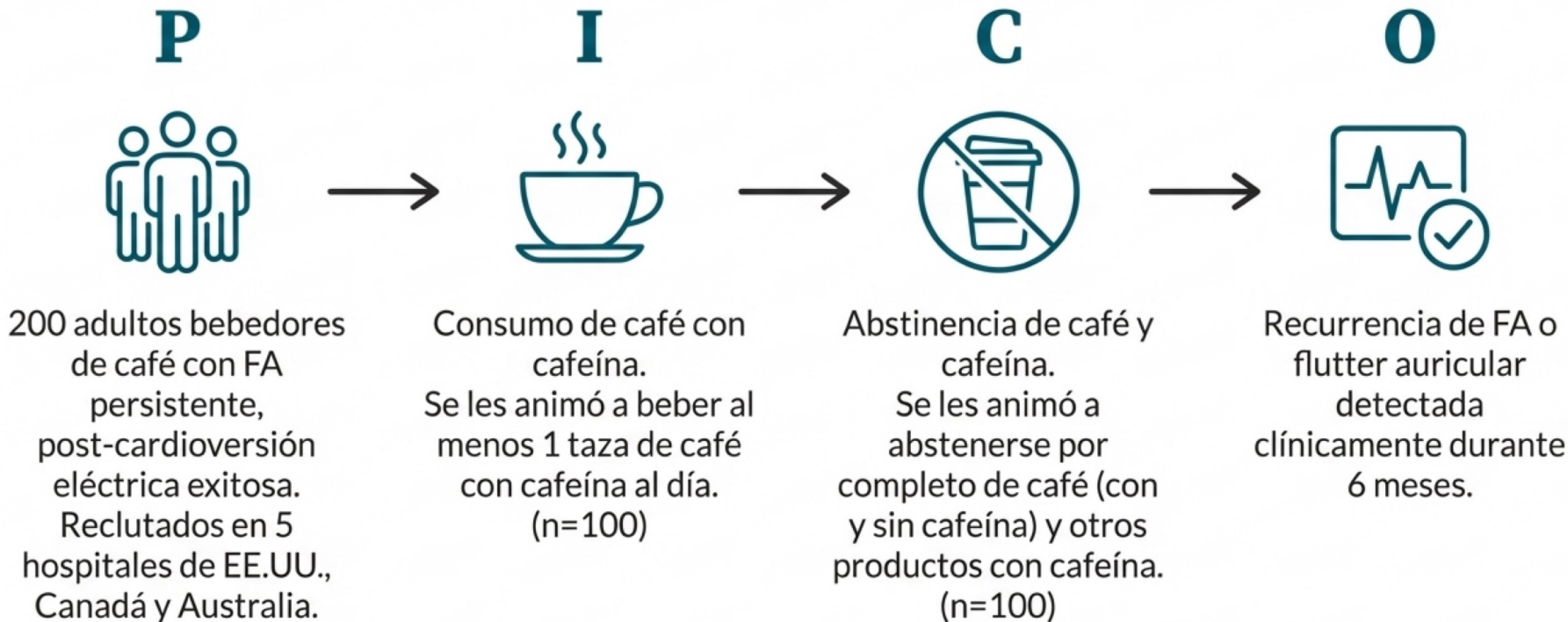
La sabiduría convencional sostiene que el café con cafeína es proarrítmico. Los médicos comúnmente aconsejan que la reducción del café puede minimizar los efectos de la Fibrilación Auricular (FA).



El Vacío de Evidencia

Sin embargo, los estudios observacionales han sido contradictorios y hasta ahora, no se había realizado un ensayo clínico aleatorizado (ECA) para evaluar el consumo de café con cafeína en pacientes con FA.

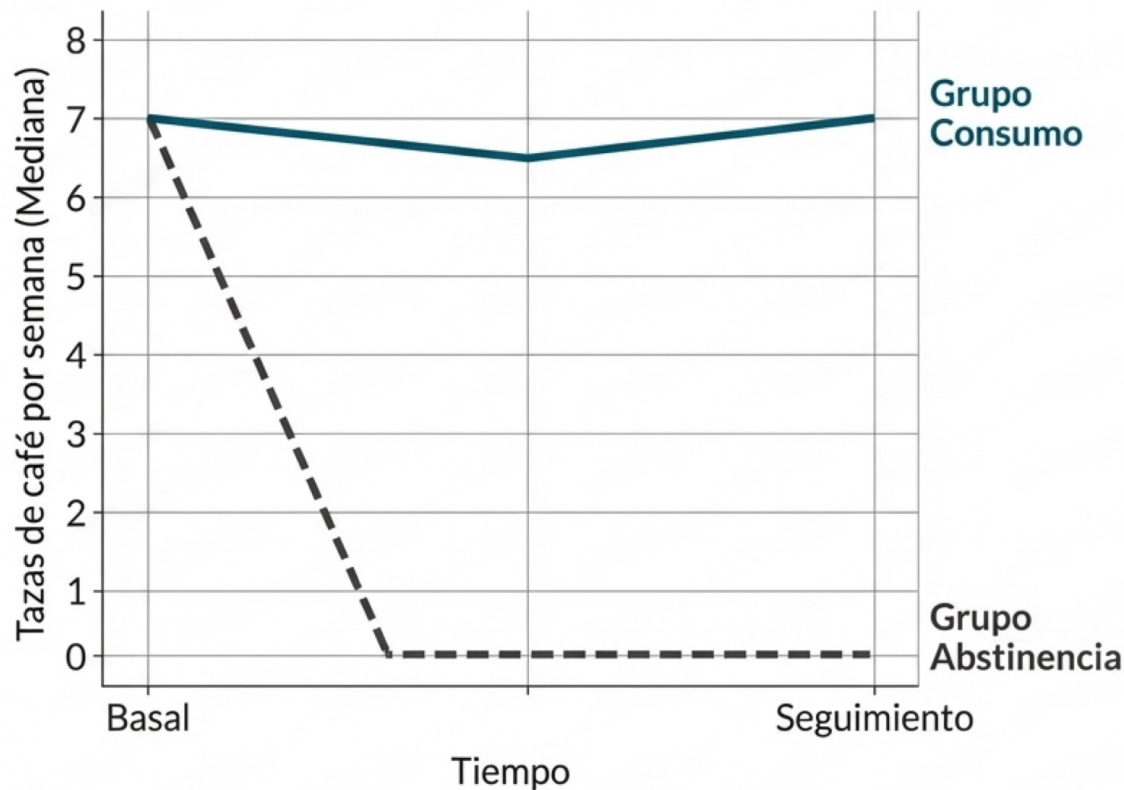
Diseño del estudio



Características basales de los pacientes

		Consumo de Café (n=100)	Abstinencia (n=100)
	Edad media	~69 años	~70 años
	Sexo masculino	76%	65%
	Puntuación CHA ₂ DS ₂ -VASc media	2.5	2.6
	Uso de terapia antiarrítmica	53%	51%
	Consumo basal de café (mediana)	7 tazas/semana	7 tazas/semana

Las características basales fueron en gran medida balanceadas entre los grupos.

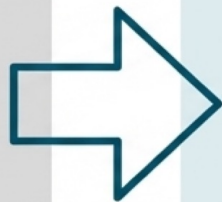


La diferencia en el consumo de café entre grupos durante el ensayo fue de **7 tazas por semana** (IC 95%: 7-7).

Resultado primario: menor recurrencia de FA en el grupo de consumo de café

64%

Tasa de recurrencia de FA
o flutter en el grupo de
Abstinencia de Café.

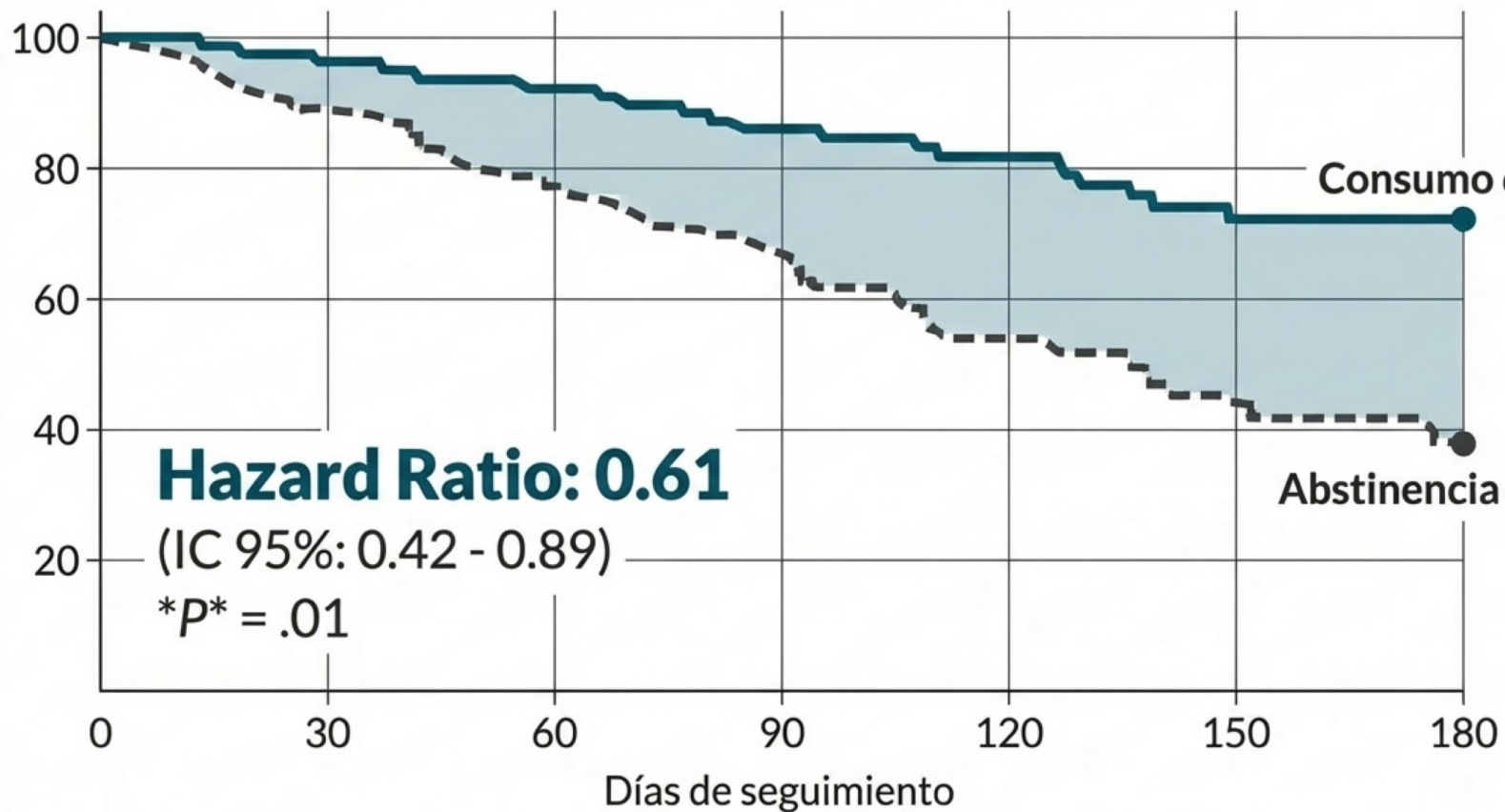


47%

Tasa de recurrencia de FA
o flutter en el grupo de
Consumo de Café.

Esto representa una reducción del **39% en el riesgo de recurrencia (Hazard Ratio: 0.61).**

Tiempo hasta la recurrencia de FA o flutter



Otros resultados secundarios

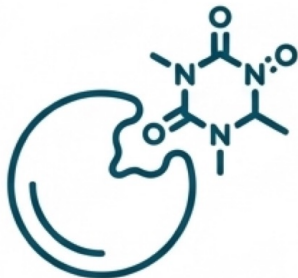
- Recurrencia de FA (sola): Se observó un beneficio comparable. **HR 0.62** (IC 95%: 0.43-0.91, $P = .01$).
- Recurrencia de Flutter Auricular (solo): Se observó una menor tasa de riesgo, aunque no fue estadísticamente significativa (**HR 0.37**, $P = .14$).

Eventos adversos

No hubo diferencias significativas en eventos adversos entre los grupos.

Evento Adverso	Consumo (n=100)	Abstinencia (n=100)
Visitas a Urgencias	13	16
Hospitalizaciones	23	21
Hospitalizaciones por FA/Flutter	10	15
Muerte	0	0

¿Cómo se explica este resultado?



Bloqueo de Adenosina

La cafeína bloquea los receptores de adenosina A1 y A2a. La adenosina puede facilitar la inducción de FA acortando la refractariedad auricular.



Efectos Antiinflamatorios

El café tiene propiedades antiinflamatorias documentadas. Dado que la inflamación sistémica es un factor de riesgo para la FA, el café podría reducir el riesgo de FA al disminuir la inflamación.



Modificación del Comportamiento

El consumo de café puede influir en otros comportamientos. El ensayo CRAVE demostró que la asignación aleatoria al consumo de café resultó en ~1000 pasos más por día, y la actividad física reduce la recurrencia de la FA.

Fortalezas y limitaciones del estudio



Fortalezas

- Primer ECA que aborda esta pregunta clínica común.
- Multicéntrico e internacional, lo que aumenta la generalizabilidad.
- Clara separación en la exposición al café entre los grupos, demostrando una buena adherencia al protocolo.



Limitaciones

- Diseño abierto (no ciego), aunque el resultado fue adjudicado por médicos tratantes.
- Tamaño de muestra modesto (n=200).
- Población específica: pacientes con FA persistente post-cardioversión que ya eran bebedores de café.
- Detección de FA basada en la clínica, sin un método de monitorización continua estandarizado para todos los pacientes.



Fuentes



+ Añadir fuentes



Prueba Deep Research para obtener un informe detallado y nuevas fuentes.



Buscar nuevas fuentes



Web

Seleccionar todas las fuentes



Bavendiek et al. - 2025



Bays et al. - 2025



Canales et al. - 2025



Dong et al. - 2025



Duelli et al. - 2025



Gulati et al. - 2025



Lukitasari et al. - 2025



Mai et al. - 2025



NEJMoa2504735.pdf



NEJMoa2509958.pdf

Chat



Sesión bibliográfica Diciembre 25

15 fuentes

os y metaanálisis en el
GLT2 reducen
dependientemente de la tasa
tró que el tratamiento con
con insuficiencia cardíaca
cardiovasculares adversos
antes no proporcionan
pacientes con función
de sodio con
la estancia hospitalaria,
rio en el hospital se
de café con cafeína
versión.

Mapa mental

15 fuentes



¿Qué nuevos umbrales de riesgo influyen en las recomendaciones personalizadas para la presión arterial y el riesgo cardiovascular?

¿Otra píldora?



NotebookLM puede ofrecer respuestas inexactas. Comuéntalas.

Studio



Resumen de audio



Resumen de video



Mapa mental



Informes



Tarjetas didácticas



Cuestionario



Infografía



Presentación



Colchicine Secondary Prevention Evidence...

1 fuente · Hace 5 h



Colchicina Reduce Eventos Cardiovascular...

1 fuente · Hace 5 h



Colchicine Essential Secondary Prevention

1 fuente · Hace 1 día



Control de Hipertensión Domiciliaria...

1 fuente · Hace 1 día



Colchicina: Prevención Vascular Secundaria.

1 fuente · Hace 1 día



Home Care Transforms Hypertension Control

1 fuente · Hace 1 día



REBOOT Beta-blockers and heart attack

1 fuente · Hace 1 día



Añadir nota



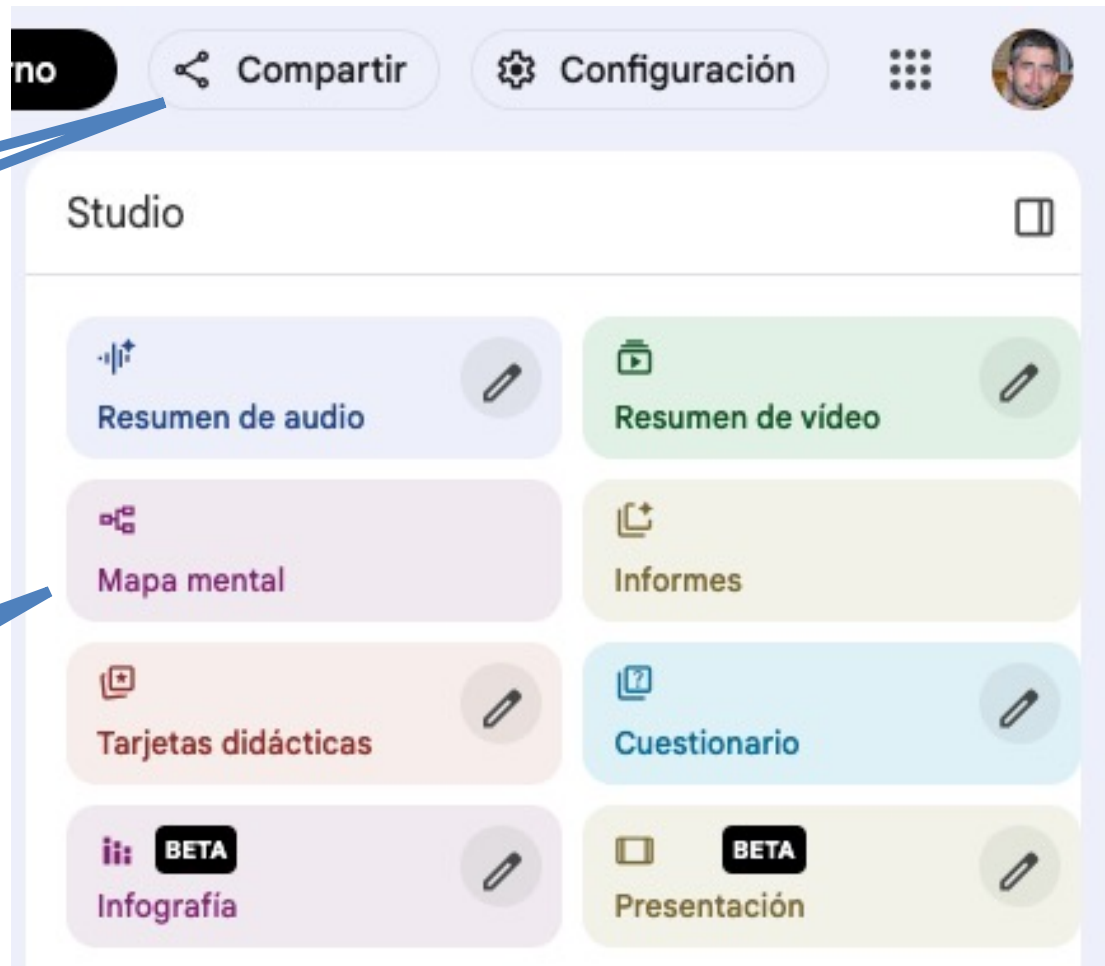
Junta de
Castilla y León
Consejería de Sanidad



Complejo Asistencial
Universitario de León

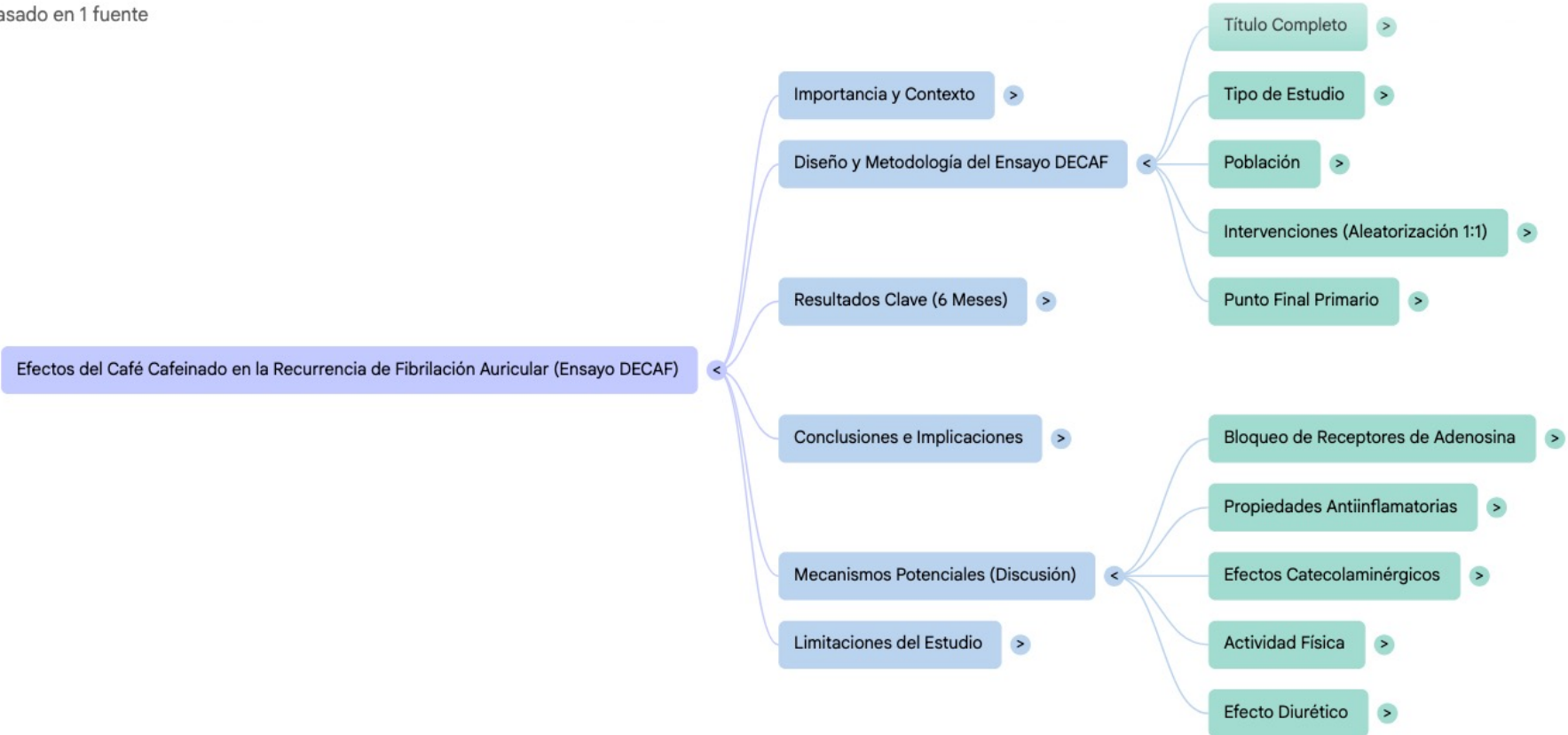
Compartir el Notebook con
otros compañeros (documentos
consensuados, guías,
protocolos)

¿Y un mapa mental?



Café y Fibrilación Auricular: Ensayo DECAF

Basado en 1 fuente



Café y Fibrilación Auricular: Ensayo DECAF

Basado en 1 fuente



En la Recurrencia de Fibrilación Auricular (Ensayo DECAF)

Importancia y Contexto >

Diseño y Metodología del Ensayo DECAF <

Resultados Clave (6 Meses) >

Conclusiones e Implicaciones <

Mecanismos Potenciales (Discusión) <

Limitaciones del Estudio >

Tipo de Estudio >

Población >

Intervenciones (Aleatorización 1:1) >

Punto Final Primario >

Conclusión Principal <

Contraste con la Tradición >

Consideraciones >

Bloqueo de Receptores de Adenosina <

Propiedades Antiinflamatorias >

Efectos Catecolaminérgicos >

Actividad Física >

Efecto Diurético >

El consumo típico de café cafeinado (promedio 1 taza/día) se asocia con menor recurr

Caffeine bloquea receptores A1 y A2a de adenosina

Adenosina facilita la inducción de FA (efectos simpatomiméticos, acortamiento de refr

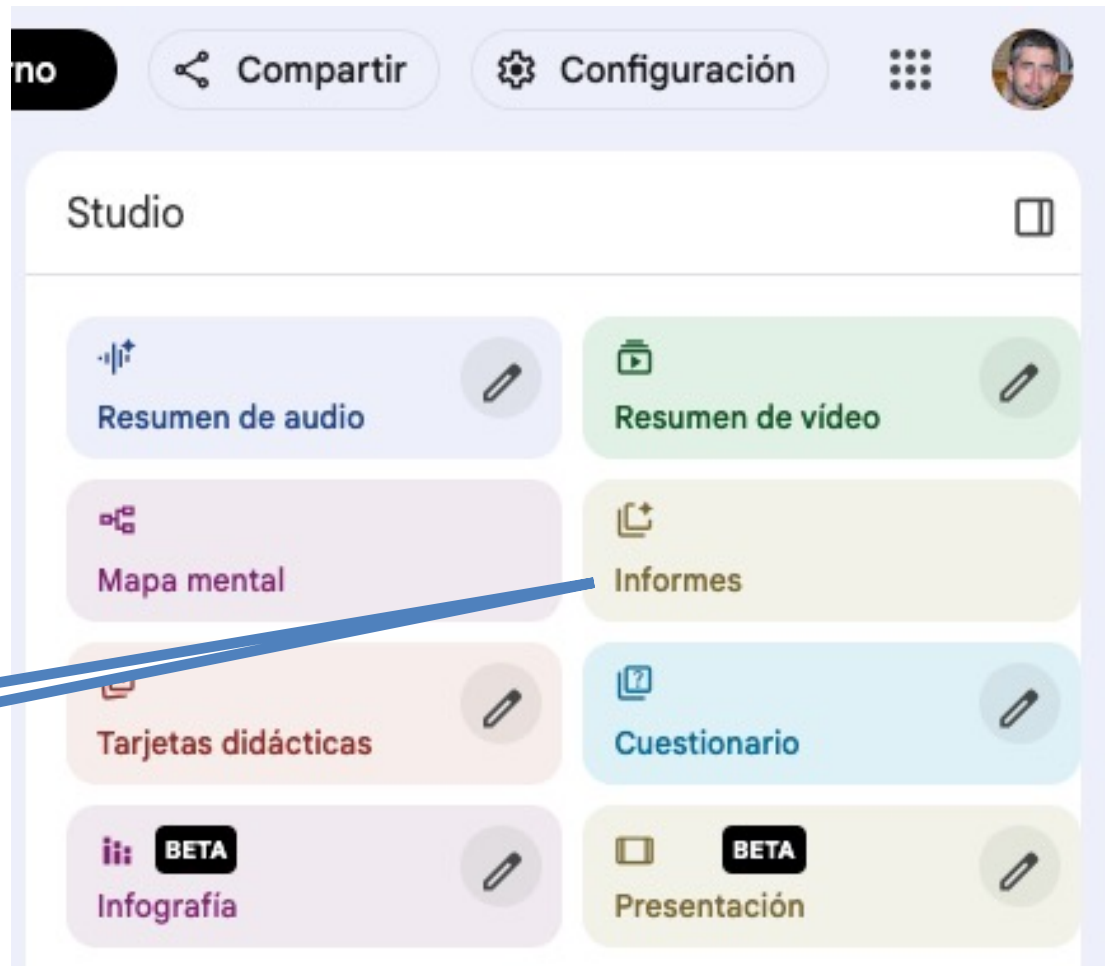
Caffeine puede tener propiedades antiaritmicas mediadas por adenosina

👍 Contenido adecuado

👎 Contenido inadecuado



¿Y si estamos perezosos y la IA me lo resume?





Fuentes



+ Añadir fuentes



Prueba Deep Research para obtener un informe detallado y nuevas fuentes.



Buscar nuevas fuentes en la Web



Seleccionar todas las fuentes



Bavendiek et al. - 2025 - Digo...



Bays et al. - 2025 - Bempedoic...



Bohula et al. - 2025 - Evolu...



Canales et al. - 2025 - As-Nee...



Dong et al. - 2025 - Benefit an...



Duelli et al. - 2025 - Distributio...



Gulati et al. - 2025 - 2025 High...



Lukitasari et al. - 2025 - Visit-t...



Mai et al. - 2025 - Prescribed i...



NEJMoa2504735.pdf



Chat

Actualizar



hospitalización por insuficiencia cardíaca (HR, 0.67) 1 ...

Implicaciones

El estudio sugiere que, entre los pacientes dados de alta después de una atención invasiva por un IAM y con una FEVI superior al 40%, la terapia con betabloqueantes no confiere un beneficio adicional para reducir la incidencia de muerte, reinfarto u hospitalización por insuficiencia cardíaca 1 ... Los autores señalan que los resultados son consistentes con otros ensayos recientes (como el REDUCE-AMI) 15 16 .

El estudio se llevó a cabo en el contexto de que, a pesar de los ensayos previos y estudios observacionales heterogéneos que no mostraban un beneficio claro para esta población, las guías de práctica clínica de 2025 de EE. UU. y las de 2023 de Europa seguían recomendando el uso de betabloqueantes para todos los pacientes después de un IAM 2 ...

Diferencias por Subgrupos (Hipótesis Generadoras)

Aunque el estudio principal no mostró beneficio, los análisis de subgrupos sugirieron posibles señales que deben interpretarse con cautela y considerarse generadoras de hipótesis:

- Se observó una tasa más alta de eventos primarios en **mujeres** asignadas al grupo de betabloqueantes en comparación con las mujeres sin betabloqueantes 18 19 .
- Se observó una tasa más alta de eventos primarios en pacientes con **IAM con elevación del segmento ST (STEMI)** que recibieron betabloqueantes 19 ...

El artículo fue financiado por el Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III (CNIC) y otros 1 10 .

Empieza a escribir...

16 fuentes



¿Cuál fue el diseño específico del ensayo REBOOT?

¿Qué países participaron en el ensayo clínico REBOOT?

Defina el resultado primario compuesto del estudio.

Studio > Denunciar



Documento Informativo: El Ensayo Clínico Aleatorizado DECAF



Basado en 1 fuente

Documento Informativo: El Ensayo Clínico Aleatorizado DECAF

Resumen Ejecutivo

El ensayo clínico aleatorizado DECAF (Does Eliminating Coffee Avoid Fibrillation?) investigó el efecto del consumo de café con cafeína frente a la abstinencia en la recurrencia de la fibrilación auricular (FA). El estudio concluyó que el consumo de café con cafeína se asocia con un riesgo significativamente menor de recurrencia de la FA en comparación con la abstinencia. En el ensayo, que incluyó a 200 pacientes con FA persistente sometidos a cardioversión, la recurrencia de la FA o el aleteo auricular fue del 47% en el grupo que consumió café, frente al 64% en el grupo de abstinencia. Esto representa una reducción del 39% en el riesgo de recurrencia (Hazard Ratio, 0.61). Estos hallazgos contradicen la creencia convencional de que el café es proarrítmico y sugieren que el consumo de café y otros productos con cafeína puede ser considerado razonablemente como parte del manejo del estilo de vida en pacientes con fibrilación auricular.

Introducción

La fibrilación auricular (FA) es el trastorno del ritmo cardíaco más común, y su prevalencia está en aumento. Tradicionalmente, se ha considerado que el café con cafeína es proarrítmico, y tanto pacientes como médicos a menudo lo identifican como un posible desencadenante de los episodios de FA. Sin embargo, estudios observacionales previos habían sugerido una asociación neutra o incluso beneficios, aunque estos estudios son susceptibles a factores de confusión. Hasta la fecha, no se había realizado un ensayo clínico aleatorizado para evaluar rigurosamente esta creencia. El ensayo DECAF se diseñó para abordar esta brecha, determinando el efecto del consumo de café con cafeína en comparación con la abstinencia de cafeína sobre la recurrencia de la FA en una población de pacientes de alto riesgo.

Buen informe

Mal informe



Inicio

Insertar

Dibujar

Diseño

Disposición

Referencias

Revisar

Vista

Zotero

¿Qué desea?

Diseño de impresión

Diseño Web

Esquema

Borrador

Lectura

Lector inmersivo

Regla

Líneas de división

Panel de navegación

Zoom

Acercar al 100%

Una página

Varias páginas

Ancho de página

Nueva ventana

Organizar todas

Dividir

Cambiar ventanas

Macros

El consumo de café con cafeína se asoció con una reducción estadísticamente significativa en la recurrencia de la arritmia.

- Tasa de Recurrencia:** La recurrencia de FA o aleteo auricular se documentó en el 47% de los pacientes del grupo de consumo de café, en comparación con el 64% en el grupo de abstinencia.
- Riesgo de Recurrencia:** El grupo de consumo de café tuvo un **riesgo 39% menor** de recurrencia en comparación con el grupo de abstinencia (Hazard Ratio [HR], 0.61; IC del 95%, 0.42-0.89; $P = .01$).
- El beneficio fue consistente en los análisis de sensibilidad y se observó un efecto similar al analizar únicamente la recurrencia de la FA (HR, 0.62; $P = .01$).

Eventos Adversos

No se observaron diferencias significativas en los eventos adversos entre los dos grupos. Las visitas a urgencias, las hospitalizaciones y otros eventos cardiovasculares fueron numéricamente similares.

Evento Adverso (N° de participantes)	Grupo de Consumo de Café (n=100)	Grupo de Abstinencia (n=100)
Visitas a Urgencias	13	16
<i>Relacionadas con FA/Aleteo</i>	5	5
Hospitalizaciones	23	21
<i>Relacionadas con FA/Aleteo</i>	10	15
Infarto de Miocardio	2	0
Muerte	0	0

Discusión e Implicaciones

Contraste con la Sabiduría Convencional

Los resultados del ensayo DECAF desafían directamente la creencia arraigada de que el café promueve las arritmias auriculares. Al proporcionar evidencia de un ensayo clínico aleatorizado, el estudio sugiere que, en lugar de ser perjudicial, el consumo moderado de café puede ser protector contra la recurrencia de la FA persistente después de la cardioversión.

Posibles Mecanismos Biológicos

Los autores proponen varios mecanismos que podrían explicar los efectos beneficiosos observados del café:

- Bloqueo de Adenosina:** La cafeína bloquea los receptores de adenosina A1 y A2a. La adenosina puede facilitar la inducción de la FA, por lo que su bloqueo podría tener un efecto antiarrítmico.
- Propiedades Antiinflamatorias:** El café tiene propiedades antiinflamatorias conocidas, y dado que la inflamación sistémica es un factor de riesgo para la FA, esto podría contribuir a la reducción del riesgo.

- Efectos sobre el Sistema Nervioso Autónomo:** Los efectos catecolaminérgicos de la cafeína podrían ser protectores contra la FA mediada por el vago.
- Efecto Diurético:** La cafeína es un diurético que podría ayudar a reducir la presión arterial, un conocido factor de riesgo de la FA.
- Modificación del Comportamiento:** El consumo de café puede influir en otros comportamientos. Por ejemplo, en el ensayo CRAVE, el consumo de café se asoció con un aumento de la actividad física, que ha demostrado reducir la recurrencia de la FA en otros estudios.

Limitaciones del Estudio

El estudio presenta varias limitaciones que deben ser consideradas:

- Diseño de Etiqueta Abierta:** El estudio no fue ciego, lo que podría introducir sesgos, aunque el criterio de valoración de la FA fue confirmado objetivamente.
- Tamaño de Muestra Modesto:** Aunque los resultados fueron estadísticamente significativos, el tamaño de la muestra de 200 pacientes es modesto.
- Sesgo de Selección:** Una gran proporción de los pacientes seleccionados no estaban dispuestos a participar, ya sea porque no querían dejar el café o porque creían que empeoraba su FA. Esto podría significar que la subpoblación para la cual el café es un verdadero desencadenante puede estar subrepresentada.
- Población Específica:** Los resultados se aplican a pacientes con FA persistente que ya consumían café y se sometieron a cardioversión; no pueden generalizarse a la FA paroxística o a la prevención primaria.
- Adherencia Incompleta:** La adherencia a la abstinencia no fue perfecta, lo que podría haber llevado a una subestimación del verdadero efecto beneficioso del café.

Conclusiones y Relevancia

El ensayo DECAF proporciona evidencia sólida de un ensayo clínico aleatorizado que indica que, entre los pacientes con fibrilación auricular que habitualmente consumen café y se someten a cardioversión, la asignación al consumo de café con cafeína (con un promedio de una taza al día) se asocia con una menor recurrencia de FA y aleteo auricular en comparación con la abstinencia de productos con cafeína.

Este hallazgo es clínicamente relevante, ya que sugiere que no es necesario desaconsejar el consumo de café en esta población de pacientes y que incluso podría ser beneficioso. Permite a los médicos y pacientes tomar decisiones más informadas sobre el estilo de vida, basadas en evidencia de alta calidad en lugar de en la sabiduría convencional.

Breve repaso a las GOLD 2026

Estabilidad

Mayor importancia de las vacunas

Cambios en la definición GOLD E

Cambios en la definición de agudización de EPOC



Actividad, estabilidad y control

Estabilidad

✓ Bajo estado de actividad

✓ NO exacerbaciones



✓ NO empeoramiento de síntomas



✓ NO pérdida acelerada de función pulmonar



Control

✓ Bajo estado de actividad

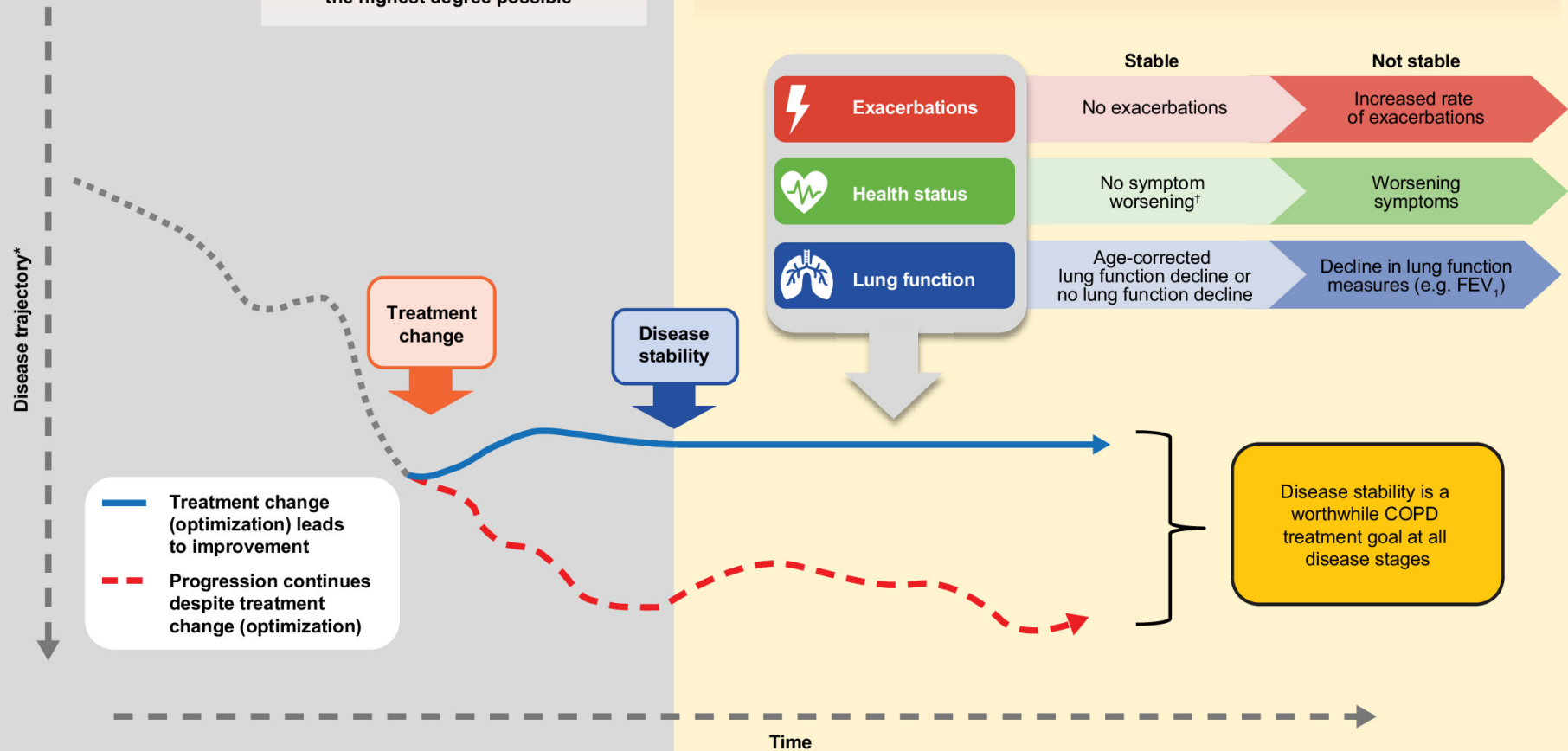
✓ NO exacerbaciones

✓ NO empeoramiento de síntomas

✓ Bajo impacto en el paciente (síntomas sub-umbral)

Optimize therapy to achieve improvements to the highest degree possible

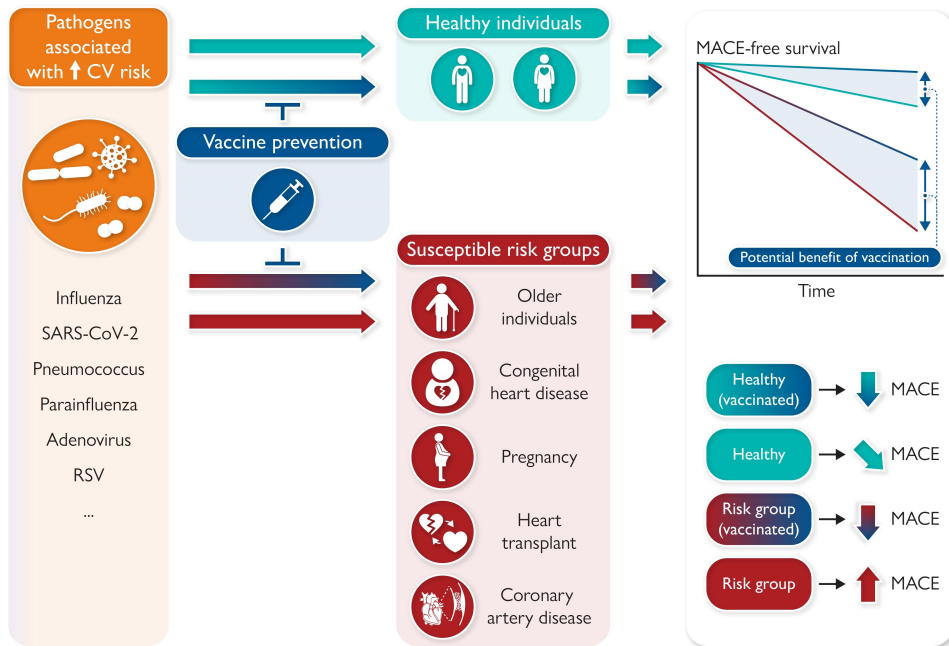
Establish and maintain disease stability in addition to seeking improvements in clinical status



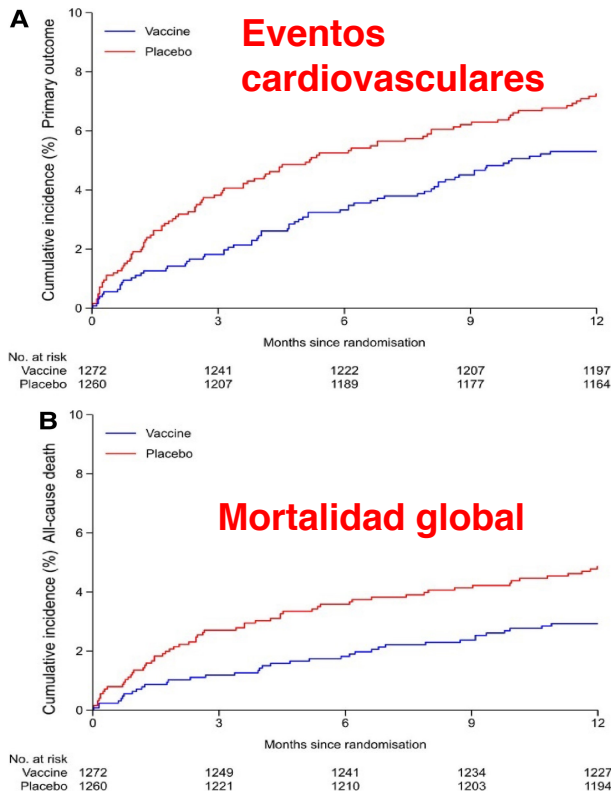
Vaccination as a new form of cardiovascular prevention: a European Society of Cardiology clinical consensus statement



Vaccination as a new form of cardiovascular prevention



Influenza Vaccination After Myocardial Infarction: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multicenter Trial



Heidecker B et al. *Eur Heart J.* 2025 Sep 22;46(36):3518-3531. doi: [10.1093/eurheartj/ehaf384](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf384)

Fröbert O, et al. *Circulation* 2021;144:1476–84. doi: [10.1161/CIRCULATIONAHA.121.057042](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.057042)

Vacunación en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): evidencia científica y estrategias para reducir riesgos

Ó. Porto Fuentes^{a,b,*}, A. Muela Molinero^{b,c} y M.B. Alonso Ortiz^{b,d}

Tabla 1 Las seis vacunas recomendadas en la EPOC

Microorganismo patógeno en EPOC	Vacuna recomendada	Momento de vacunación	Beneficio vacunal específico
Neumococo	PCV20 (CDC) o PCV21 (GOLD)	> 18 años	Reduce un 54% las AEPOC NNT 8 para prevenir una neumonía en la EPOC ²²
Virus influenza	Alta carga de hemaglutinina	Anual	Reduce un 90% las AEPOC graves y un 48% el riesgo de mortalidad ³²
SARS-CoV-2	ARNm	Anual	Eficacia superior al 90% en ancianos y pluripatológicos, disminuyendo la necesidad de VMNI ⁵⁶
VRS	Bivalente basada en proteínas	> 60 años	Reduce un 75-80% la morbilidad en mayores de 65 años ^{69,70}
<i>Bordetella pertussis</i>	Acelular (dTpa)	Cada 10 años	Inmunogenicidad demostrada en la EPOC, por lo que podría evitar las complicaciones de la tosferina ⁸¹
Herpes zoster	Recombinante con adyuvante	> 50 años	Podría reducir en un 65% el riesgo de neuralgia postherpética ⁸³

Indicaciones VRS para 2025-26

La Rioja⁹

- **Institucionalizados** en residencias de mayores (independientemente de la edad)

Cantabria¹

- **Institucionalizados** en residencias ≥ 65 años
- **Personas ≥ 50 años trasplantadas de pulmón**

Principado de Andorra¹⁰

- **Personas ≥ 80 años**
- **Institucionalizados** en residencias ≥ 60

Principado de Asturias²

- **Institucionalizados** en residencias ≥ 60 años
- **IC grave $\geq 60 \rightarrow$ TPH, TOS, VIH avanzado**, tratamiento con fármacos inmunosupresores o CAR-T, tratamiento de cáncer, inmunodeficiencias primarias...
- **Grupos riesgo $\geq 60 \rightarrow$ ERC avanzada**, enfermedad pulmonar o cardiovascular crónica grave, obesidad severa, enfermedad hepática o neurológica/neuromuscular avanzada

Aragón⁸

- **Institucionalizados** en residencias ≥ 60 años
- **Personas ≥ 50 años con trasplante de progenitores hematopoyéticos (hasta 2 años después de recibirlo) o con trasplante de pulmón (independientemente del tiempo transcurrido desde el trasplante).**

Comunidad Valenciana⁷

- **Institucionalizados** en residencias ≥ 60 años
- **Personas ≥ 18 años con trasplante de progenitores hematopoyéticos (a partir de 3 meses postrasplante) o con trasplante de pulmón (a partir de 3 meses postrasplante).**

Comunidad de Castilla y León³

- **Institucionalizados** en residencias de ancianos o centros de atención a la discapacidad
- **TPH o TOS en los últimos dos años y trasplante de pulmón independientemente del tiempo transcurrido desde el trasplante.**

PENDIENTE

Comunidad de Madrid⁵

- **Institucionalizados** en residencias ≥ 60 años
- **Personas ≥ 60 años con TPH o TOS en los últimos dos años y trasplante de pulmón independientemente del tiempo transcurrido desde el tx**

Ceuta⁴

- **Institucionalizados** en residencias ≥ 60 años
- **IC grave $\geq 60 \rightarrow$ TPH, TOS, VIH avanzado**, tratamiento con fármacos inmunosupresores o CAR-T, tratamiento de cáncer, inmunodeficiencias primarias...
- **Grupos riesgo $\geq 60 \rightarrow$ ERC avanzada**, enfermedad pulmonar o cardiovascular crónica grave, obesidad severa, enfermedad hepática o neurológica/neuromuscular avanzada, DM

Región de Murcia⁶

- **Institucionalizados** en residencias de ancianos o centros de atención a la discapacidad ≥ 50 años
- **IC grave $\geq 50 \rightarrow$ Receptores de TPH en los últimos 2 años o TPH en tratamiento inmunosupresor, personas con tratamiento inmunosupresor incluyendo TOS, hemopatías malignas, tumores sólidos, etc.**

CEUTA

MELILLA



Junta de
Castilla y León
Consejería de Sanidad



Complejo Asistencial
Universitario de León

Manejo inicial en pacientes naive

EXACERBATION HISTORY (PER YEAR)

One or more (≥ 1)
moderate or severe
exacerbations in the
previous year

Zero (0)
moderate or severe
exacerbations in
the previous year

GROUP E

LABA + LAMA*

consider LABA+LAMA+ICS if blood eos ≥ 300*

GROUP A

A bronchodilator

mMRC 0-1, CAAT < 10

GROUP B

LABA + LAMA*

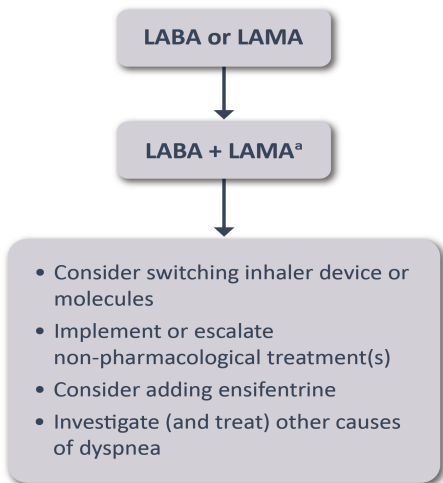
mMRC ≥ 2 , CAAT ≥ 10

SYMPTOMS

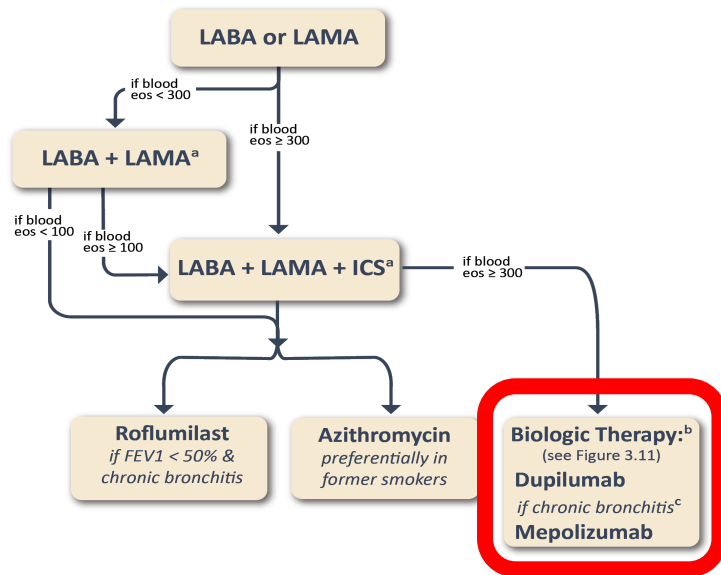
Ajuste de tratamiento (pacientes con broncodilatador)

- **CONTINUE CURRENT TREATMENT** unless dyspnea or exacerbation management require optimization

• IF PERSISTENT DYSPNEA



• IF ONE OR MORE MODERATE OR SEVERE EXACERBATION



Se redefinen el concepto de gravedad de las exacerbaciones

Severity	Variable thresholds to determine severity
Mild (default)	• Dyspnea VAS < 5 • RR < 24 breaths/min • HR < 95 bpm • Resting SaO₂ ≥ 92% breathing ambient air (or patient's usual oxygen prescription) AND change ≤ 3% (when known) • CRP < 10 mg/L (if obtained)
Moderate (meets at least three of five*)	• Dyspnea VAS ≥ 5 • RR ≥ 24 breaths/min • HR ≥ 95 bpm • Resting SaO₂ < 92% breathing ambient air (or patient's usual oxygen prescription) AND/OR change > 3% (when known) • CRP ≥ 10 mg/L *If obtained, ABG may show hypoxemia (PaO₂ 70-80 mmHg)
Severe	• Dyspnea, RR, HR, SaO₂ and CRP same as moderate • If obtained, ABG may show hypoxemia (PaO₂ ≤ 60 mmHg) and/or hypercapnia and acidosis (PaCO₂ > 45 mmHg and pH < 7.35)



Fuentes



+ Añadir fuentes



Prueba Deep Research para obtener un informe detallado y nuevas fuentes.



Buscar nuevas fuentes



Web

Seleccionar todas las fuentes



Bavendiek et al. - 2025 -



Bays et al. - 2025 -



Canales et al. - 2025 -



Dong et al. - 2025 -



Duelli et al. - 2025 -



Gulati et al. - 2025 -



Lukitasari et al. - 2025 -



Mai et al. - 2025 -



NEJMoa250473



NEJMoa2509958.pdf

Chat



Sesión bibliográfica Diciembre 25

15 fuentes

os y metaanálisis en el
GLT2 reducen
dependientemente de la tasa
tró que el tratamiento con
con insuficiencia cardíaca
cardiovasculares adversos
antes no proporcionan
pacientes con función
de sodio con
la estancia hospitalaria,
rio en el hospital se
de café con cafeína
versión.

Mapa mental

15 fuentes



¿Qué nuevos umbrales de riesgo influyen en las recomendaciones personalizadas para la presión arterial y el riesgo cardiovascular?

¿Otra píldora o terminamos?



NotebookLM puede ofrecer respuestas inexactas. Comuéntalas.

Studio



Resumen de audio



Resumen de video



Mapa mental



Informes



Tarjetas didácticas



Cuestionario



Infografía



Presentación



Colchicine Secondary Prevention Evidence...

1 fuente · Hace 5 h



Colchicina Reduce Eventos Cardiovascular...

1 fuente · Hace 5 h



Colchicine Essential Secondary Prevention

1 fuente · Hace 1 día



Control de Hipertensión Domiciliaria...

1 fuente · Hace 1 día



Colchicina: Prevención Vascular Secundaria.

1 fuente · Hace 1 día



Home Care Transforms Hypertension Control

1 fuente · Hace 1 día



REBOOT Beta-blockers and the infarct

1 fuente · Hace 1 día

Añadir nota



Junta de
Castilla y León
Consejería de Sanidad



Complejo Asistencial
Universitario de León

Crear informe



Formato

Haz tu propia creación

Redacta informes a tu manera especificando la estructura, el estilo, el tono y más...

Resumen

Vista general de tus fuentes con información clave y citas

Guía de estudio

Cuestionario de respuestas cortas, sugerencias de preguntas de redacción y...

Entrada de blog

Conclusiones detalladas condensadas en un artículo sencillo de leer

Formato sugerido

Informe de investigación

Un resumen ejecutivo del ensayo clínico DECAF para cardiólogos y profesionales ...

Artículo de revisión

Un análisis narrativo de los hallazgos y limitaciones del estudio DECAF.

Resumen de una página

Una descripción concisa del estudio DECAF para entender su propósito y resultados...

Explicación de conceptos

Una explicación simplificada de los conceptos médicos y estadísticos clave del estudio...

Guía de Estudio: Ensayo Clínico Aleatorizado DECAF

Esta guía de estudio está diseñada para evaluar y reforzar la comprensión del ensayo clínico DECAF, que investiga la relación entre el consumo de café con cafeína y la recurrencia de la fibrilación auricular.

Cuestionario: Preguntas de Respuesta Corta

Responda a cada pregunta con 2-3 frases, basándose exclusivamente en la información proporcionada en el texto fuente.

1. ¿Cuál fue el objetivo principal del ensayo clínico DECAF?
2. Describa brevemente las características de la población de pacientes que participaron en el estudio.
3. Explique las dos intervenciones a las que los participantes fueron asignados aleatoriamente durante el ensayo.
4. ¿Cuál fue el criterio de valoración primario utilizado para medir los resultados del estudio?
5. Resuma el hallazgo principal del ensayo con respecto a la recurrencia de la fibrilación auricular (FA) o el aleteo auricular.
6. ¿Cómo cambió el consumo real de café en los dos grupos a lo largo del período de seguimiento de 6 meses?
7. ¿Qué conclusión principal extrajeron los autores a partir de los resultados del ensayo?
8. Según los autores, ¿cuáles son al menos dos mecanismos biológicos potenciales que podrían explicar los efectos protectores observados del café?
9. El estudio se describe como "open-label" (no ciego). ¿Qué significa esto y por qué se considera una limitación del estudio?
10. ¿Por qué los resultados del ensayo DECAF contradicen la "sabiduría convencional" sobre el café y las arritmias cardíacas?

1. ¿Cuál fue el objetivo principal del ensayo clínico DECAF?
2. Describa brevemente las características de la población de pacientes que participaron en el estudio.
3. Explique las dos intervenciones a las que los participantes fueron asignados aleatoriamente durante el ensayo.
4. ¿Cuál fue el criterio de valoración primario utilizado para medir los resultados del estudio?

1. **¿Cuál fue el objetivo principal del ensayo clínico DECAF?** El objetivo principal del ensayo era determinar el efecto del consumo de café con cafeína en comparación con la abstinencia de café y cafeína en la recurrencia de la fibrilación auricular (FA). El estudio pretendía evaluar si el café tiene un efecto beneficioso, perjudicial o neutro sobre los episodios recurrentes de FA.

2. **Describa brevemente las características de la población de pacientes que participaron en el estudio.** El estudio incluyó a 200 adultos bebedores de café (actuales o en los últimos 5 años) con FA persistente o aleteo auricular con antecedentes de FA, que estaban programados para una cardioversión eléctrica. Los participantes fueron reclutados en 5 hospitales de EE. UU., Canadá y Australia, con una edad media de 69 años, y el 71% eran hombres.

3. **Explique las dos intervenciones a las que los participantes fueron asignados aleatoriamente durante el ensayo.** Los participantes fueron asignados aleatoriamente en una proporción de 1:1 a uno de dos grupos durante 6 meses. Al grupo de consumo de café se le animó a beber al menos una taza de café con cafeína al día, mientras que al grupo de abstinencia se le indicó que se abstuviera por completo de café (con y sin cafeína) y de otros productos que contuvieran cafeína.

Formato

Información detallada ✓

Una animada conversación entre dos presentadores que analizan y conectan temas de tus fuentes

Breve

Un resumen breve que sirve para que captes rápidamente las ideas principales de tus fuentes

Crítica

Una revisión experta de tus fuentes, con comentarios constructivos para ayudarte a mejorar tu material

Debate

Un debate reflexivo entre dos presentadores que arroja luz sobre diferentes perspectivas de tus fuentes

Seleccionar idioma

español ▼

Duración

Corto

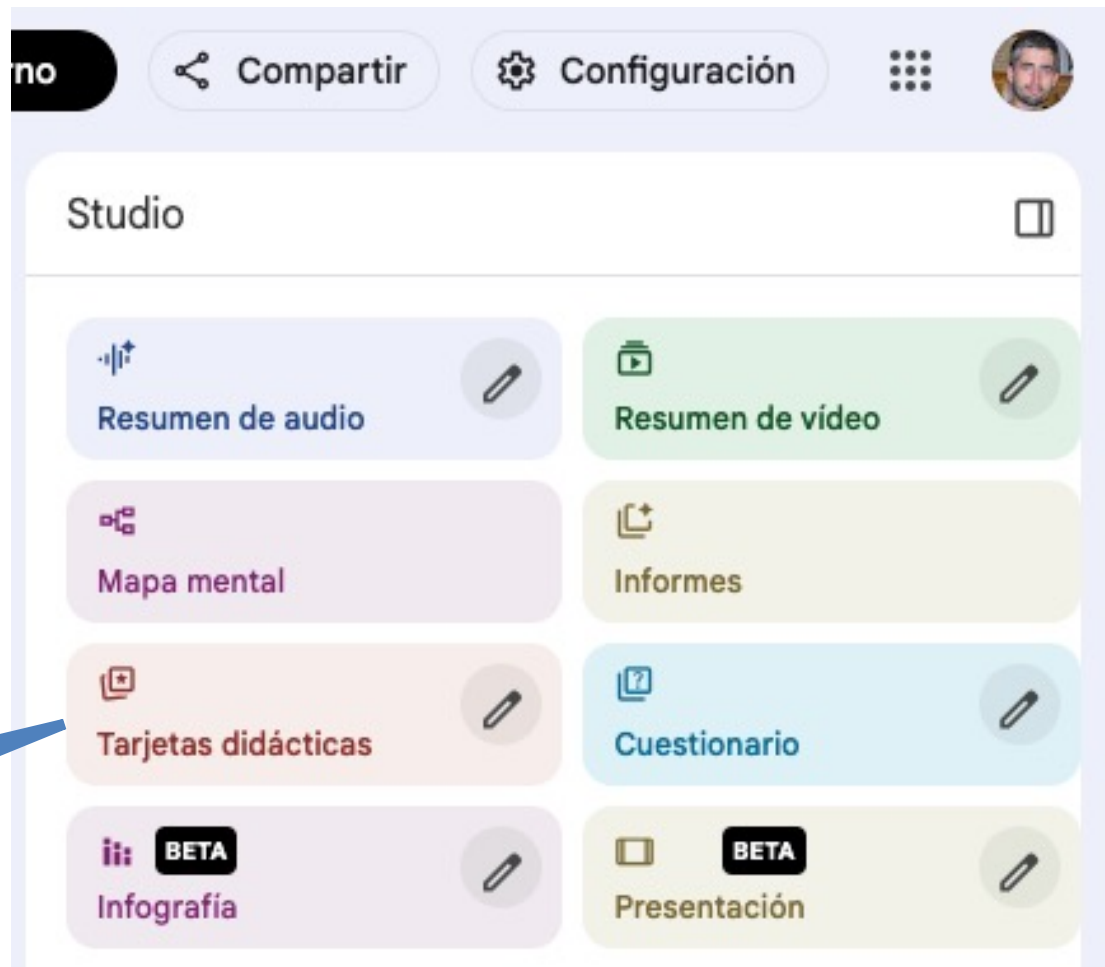
✓ Predeterminada

¿En qué deben centrarse los presentadores de IA en este episodio?

Cosas que puedes probar

- Céntrate en una fuente específica ("cubre solo el artículo sobre Italia")
- Céntrate en un tema específico ("habla solo del protagonista de la novela")
- Oriéntate a una audiencia específica ("explícalo para alguien que no tenga conocimientos en biología")

Generar



¿Y si la IA me ayuda en el studio?



Fuentes

- ☐ Bavendiek et al. - 2025 - Dig...
- ☐ Bays et al. - 2025 - Bemped...
- ☐ Bohula et al. - 2025 - Evoloc...
- ☐ Canales et al. - 2025 - As-N...
- ☐ Dong et al. - 2025 - Benefit ...
- ☐ Duelli et al. - 2025 - Distribu...
- ☐ Gulati et al. - 2025 - 2025 Hi...
- ☐ Lukitasari et al. - 2025 - Visi...
- ☐ Mai et al. - 2025 - Prescribe...
- ☒ NEJMoa2504735.pdf
- ☐ NEJMoa2509958.pdf
- ☐ Neuen et al. - 2025 - SGLT2 ...
- ☐ Rhee et al. - 2025 - Real-Wo...
- ☐ Samuel - Long-term trials of...
- ☐ Sudnik et al. - Comprehensi...
- ☐ Wong et al. - 2025 - Caffein...

Chat



Sesión bibliográfica Diciembre 25

16 fuentes

Las fuentes presentan hallazgos fundamentales derivados de grandes ensayos clínicos y metaanálisis en el ámbito de la cardiología y nefrología. Un metaanálisis confirmó que los **inhibidores SGLT2** reducen consistentemente el riesgo de progresión de la **enfermedad renal crónica (ERC)**, independientemente de la tasa de filtración glomerular o albuminuria basal. En cuanto a la farmacoterapia, se demostró que el tratamiento con **digitoxina** disminuye significativamente las hospitalizaciones y la muerte en pacientes con insuficiencia cardíaca de fracción de eyección reducida, y la **colchicina en dosis bajas** reduce los **eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE)**. Sin embargo, un gran ensayo aleatorizado indicó que los **betabloqueantes** no proporcionan beneficio adicional en la prevención de eventos después de un infarto de miocardio en pacientes con función ventricular conservada. En el contexto de la atención aguda, el uso de **suplementación de sodio con furosemida** en la insuficiencia cardíaca descompensada mejoró la función renal y acortó la estancia hospitalaria, aunque la administración de **medicamentos para la presión arterial según sea necesario** en el hospital se asoció con un mayor riesgo de **lesión renal aguda (LRA)**. Además, el consumo moderado de **café con cafeína** se correlacionó con una menor recurrencia de la fibrilación auricular después de la cardioversión.

Guardar en una nota



Resumen de vídeo

Resumen de audio

Mana mental

Empieza a escribir...

1 fuente

¿Cuál fue el diseño específico del ensayo REBOOT?

¿Qué países participaron en el ensayo clínico REBOOT?

Defina el resultado primario compuesto del estudio.

+ Crear cuaderno

Compartir

Configuración



Aplicaciones de Google

Studio > Aplicación

Cardiología Fichas

Basado en 1 fuente

Press "Space" to flip, "← / →" to navigate

¿Cuál fue la pregunta de investigación principal del ensayo REBOOT?

Mira la respuesta



1 / 40 tarjetas



Contenido adecuado

Contenido inadecuado



Press "Space" to flip, "← / →" to navigate

¿Cuál fue la
pregunta de
investigación
principal del
ensayo REBOOT?

Mira la respuesta

Press "Space" to flip, "← / →" to navigate

Determinar si la
terapia con
betabloqueantes
orales en
pacientes con
infarto agudo de
miocardio y
fracción de
eyección
preservada o

←

¿Cuál fue el
resultado primario
compuesto
evaluado en el
ensayo REBOOT?

→

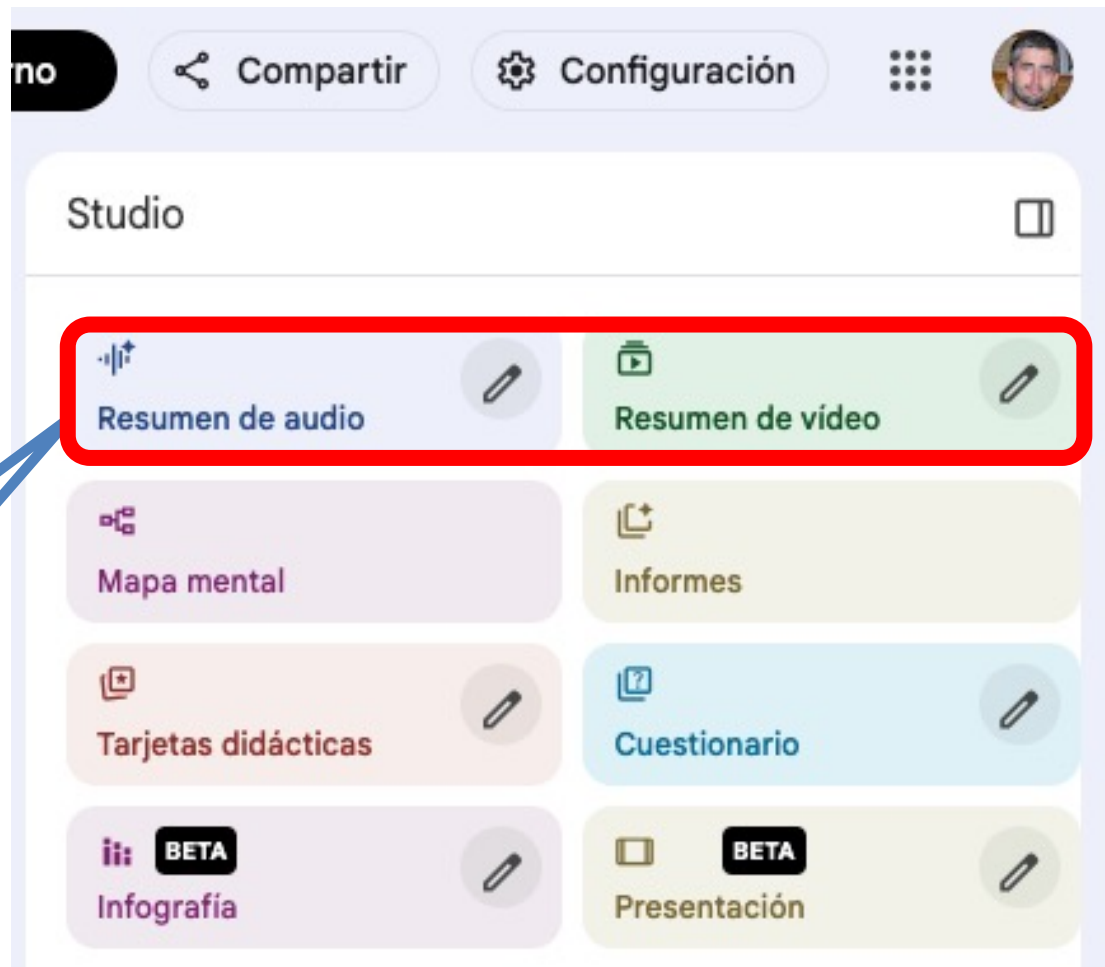
Mira la respuesta

←

Un compuesto de
muerte por
cualquier causa,
reinfarto u
hospitalización por
insuficiencia
cardíaca.

→

 Explicar



Y cuando no tengamos tiempo
ni para leer...



Muchas gracias



***¡Feliz
Navidad***