



THE ESCUELITA JOURNAL OF MEDICINE

www.medicinacardiometabolica.com



EN ESTE NÚMERO

Tirzepatida para el tratamiento de la obesidad y la prevención de la diabetes

Control intensivo de la presión arterial en pacientes con diabetes tipo 2

Iniciación simultánea o rápida de la terapia combinada para la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada

Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Medicina Intensiva sobre fluidoterapia en pacientes adultos en estado crítico.

Comentarios a la guía ESC 2024 sobre el diagnóstico y el tratamiento de los síndromes coronarios crónicos

Dengue y su Manejo Clínico

El dengue continúa siendo una enfermedad de gran impacto global, especialmente en regiones tropicales y subtropicales, donde el virus transmitido por mosquitos *Aedes* sigue afectando a millones de personas cada año. Según el reciente artículo publicado en BMJ, se estima que entre el 20% y el 40% de los infectados presentan síntomas, de los cuales el 5% puede evolucionar a dengue grave, con riesgo significativo de mortalidad.

El manejo clínico del dengue ha avanzado significativamente gracias a la actualización de guías internacionales, como las proporcionadas por la OMS y los CDC. Estas recomendaciones enfatizan la vigilancia continua de signos de alarma, la identificación temprana de complicaciones y el manejo adecuado de líquidos para evitar tanto la hipovolemia como el riesgo de sobrecarga.

La evaluación integral incluye la identificación de los signos clínicos característicos, como fiebre alta, dolor retroorbitario, mialgias y exantema, así como el monitoreo de parámetros hematológicos como el hematocrito y el recuento plaquetario. Además, es fundamental educar al paciente y su entorno sobre el reconocimiento de signos de alarma que pueden indicar una progresión a dengue grave.

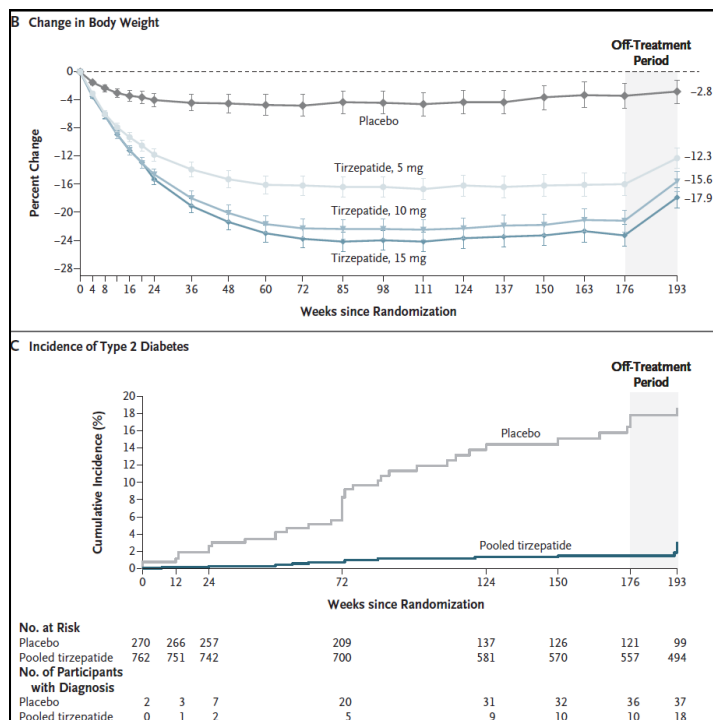
Es crucial que los equipos de salud en áreas endémicas cuenten con protocolos actualizados y estén preparados para manejar tanto los casos ambulatorios como los que requieren hospitalización o cuidados intensivos. La implementación de estrategias comunitarias de prevención y control vectorial sigue siendo la base para reducir la incidencia de esta enfermedad.

En este contexto, la formación continua y el acceso a la información basada en evidencia son esenciales para fortalecer la respuesta sanitaria. Desde nuestro boletín, hacemos un llamado a la comunidad médica a mantenerse actualizada y comprometida con la aplicación de prácticas clínicas basadas en la mejor evidencia disponible.

<https://www.bmj.com/content/388/bmj-2024-082639>

TIRZEPATIDA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD Y LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES

Un estudio reciente publicado en el New England Journal of Medicine evaluó la eficacia de la tirzepatida para reducir el peso corporal y prevenir la diabetes tipo 2 en personas con obesidad y prediabetes. El ensayo SURMOUNT-1, de fase 3, incluyó a 2539 participantes y se realizó durante tres años. Los participantes fueron asignados aleatoriamente para recibir tirzepatida (5 mg, 10 mg o 15 mg) o placebo, una vez por semana.



Hallazgos principales:

- La tirzepatida mostró una reducción de peso significativa y sostenida: -12.3% (5 mg), -18.7% (10 mg) y -19.7% (15 mg), en comparación con -1.3% en el grupo placebo.
- El riesgo de progresión a diabetes tipo 2 fue considerablemente menor en el grupo de tirzepatida (1.3%) en comparación con el placebo (13.3%).
- La mayoría de los efectos adversos fueron gastrointestinales, leves a moderados, y ocurrieron principalmente durante el periodo de aumento de dosis.

Conclusión

El uso de tirzepatida durante tres años en personas con obesidad y prediabetes resultó en una significativa reducción de peso y una menor progresión a diabetes tipo 2 en comparación con el placebo. Estos resultados destacan el potencial de la tirzepatida como una opción terapéutica efectiva para el manejo de la obesidad y la prevención de la diabetes tipo 2.

CONTROL INTENSIVO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

Un estudio reciente publicado en el New England Journal of Medicine evaluó el impacto del control intensivo de la presión arterial en pacientes con diabetes tipo 2 y riesgo cardiovascular elevado. El ensayo clínico BROAD se realizó en 145 centros en China, incluyendo a 12,821 pacientes mayores de 50 años con diabetes tipo 2 y presión arterial sistólica elevada.

El objetivo fue determinar si un tratamiento intensivo para alcanzar una presión arterial sistólica menor a 120 mm Hg es más efectivo que el tratamiento estándar (menos de 140 mm Hg) en la reducción de eventos cardiovasculares mayores.

Los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos:

- **Grupo de tratamiento intensivo:** Objetivo de presión arterial sistólica menor a 120 mm Hg.
- **Grupo de tratamiento estándar:** Objetivo de presión arterial sistólica menor a 140 mm Hg.

Outcome	Intensive Treatment (N=6414)	Standard Treatment (N=6407)	Hazard Ratio (95% CI)†	P Value‡
	No. of Events	No. of Events		
	Incidence Rate	Incidence Rate		
	no. of events/100 person-yr	no. of events/100 person-yr		
Primary outcome: nonfatal stroke, nonfatal MI, treatment or hospitalization for heart failure, or death from cardiovascular causes	393	492	0.79 (0.69-0.90)	<0.001
Secondary outcomes				
Fatal or nonfatal MI	68	81	0.84 (0.60-1.16)	—
Fatal or nonfatal stroke	284	356	0.79 (0.67-0.92)	—
Treatment or hospitalization for heart failure	31	46	0.66 (0.41-1.04)	—
Death from cardiovascular causes	60	79	0.76 (0.55-1.06)	—
Death from any cause	169	179	0.95 (0.77-1.17)	—
Primary outcome event or death from any cause	493	584	0.83 (0.74-0.94)	—
CKD outcomes				
CKD progression	24	16	1.36 (0.71-2.59)	—
CKD development	232	214	1.11 (0.92-1.34)	—
Incident albuminuria	554	648	0.87 (0.77-0.97)	—

Resultados:

- **Reducción de eventos cardiovasculares:** El tratamiento intensivo redujo significativamente el riesgo de eventos cardiovasculares mayores en comparación con el tratamiento estándar (HR: 0.79; IC 95%: 0.69-0.90; P<0.001).
- **Eventos específicos:** Hubo menos casos de accidente cerebrovascular no fatal (1.19 frente a 1.50 eventos por 100 personas-año) en el grupo intensivo.
- **Efectos secundarios:** Aunque la incidencia de eventos adversos graves fue similar en ambos grupos, el tratamiento intensivo mostró un mayor riesgo de hipotensión sintomática (0.1% frente a <0.1%) e hiperpotasemia (2.8% frente a 2.0%).

Conclusión:

El control intensivo de la presión arterial en pacientes con diabetes tipo 2 se asocia con una reducción significativa de eventos cardiovasculares mayores en comparación con el tratamiento estándar.

INICIACIÓN SIMULTÁNEA O RÁPIDA DE LA TERAPIA COMBINADA PARA LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA

Un estudio reciente publicado en JAMA Cardiology propone un enfoque multidroga para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección levemente reducida (HFmrEF) o preservada (HFpEF). Después de décadas de estudios clínicos con resultados neutros, varios avances recientes en la terapia médica han demostrado beneficios clínicos significativos, lo que sugiere una estrategia de tratamiento simultáneo o de rápida secuencia.

Pilares de la terapia médica:

- **Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa (SGLTi):** Reducción del 20% en el riesgo relativo de muerte cardiovascular o hospitalización por insuficiencia cardíaca.
- **Antagonista no esteroidal del receptor de mineralocorticoides (nsMRA):** Reducción del 16% en el mismo riesgo.
- **Agonistas del receptor GLP-1 (en pacientes obesos):** Reducción del 38% en el riesgo de muerte cardiovascular o empeoramiento de la insuficiencia cardíaca.

Figure. Suggested Simultaneous or Rapid Sequence Initiation of Combination Medical Therapy for Heart Failure (HF) With Mildly Reduced Ejection Fraction (HFmrEF) or Preserved Ejection Fraction (HFpEF)						
Therapy	Day 1	Week 4	Week 8	Week 12	Week 16	Clinical benefits
SGLTi	Initiate					20% RRR for CV death or HF hospitalization Improvement in patient-reported health status (mean 1- to 6-point improvement in KCCQ)
nsMRA ^a	Initiate	Titrate, as tolerated				16% RRR for CV death or worsening HF Improvement in patient-reported health status (mean 1.6-point improvement in KCCQ-TSS)
GLP-1RA (obesity)	Initiate	Titrate, as tolerated	Titrate, as tolerated	Titrate, as tolerated	Titrate, as tolerated	38% RRR for CV death or worsening HF Improvement in patient-reported health status (mean 6- to 8-point improvement in KCCQ-CSS)
ARNI, (EF <55%-60%) ^b	Initiate	Titrate, as tolerated	Titrate, as tolerated			Potential 22% RRR for total HF hospitalization or CV death
Steroidal MRA ^a (nsMRA not feasible)	Initiate	Titrate, as tolerated				Potential 18% RRR for CV death, aborted cardiac arrest, and HF hospitalization among individuals in the Americas
β-Blocker (EF 41%-49%) ^c	Initiate	Titrate, as tolerated	Titrate, as tolerated	Titrate, as tolerated		Potential CV death benefit for patients in sinus rhythm

Iniciación rápida de la terapia combinada

Los beneficios clínicos de los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa (SGLTi) y los antagonistas no esteroideos del receptor de mineralocorticoides (nsMRA) aparecen rápidamente, generalmente dentro de días a semanas tras el inicio del tratamiento. Esta pronta respuesta se observa en la disminución de eventos cardiovasculares como muerte por causas cardiovasculares o hospitalización por insuficiencia cardíaca.

Un aspecto clave que respalda la iniciación rápida es que retrasar el inicio de estas terapias puede aumentar el riesgo clínico de los pacientes, especialmente en aquellos con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada o levemente reducida (HFpEF y HFmrEF). A medida que los estudios han demostrado la capacidad de estas terapias para modificar el curso clínico de la insuficiencia cardíaca, resulta cada vez más evidente que el abordaje tradicional de introducción lenta y secuencial podría no ser el más adecuado.

Además, los estudios sugieren que los efectos beneficiosos de estas terapias son consistentes independientemente de los tratamientos previos que el paciente ya esté recibiendo. Esto es particularmente relevante dado que muchos pacientes con insuficiencia cardíaca ya están bajo tratamiento con otros fármacos cardiovasculares, como bloqueadores beta o inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS). La evidencia sugiere que la adición simultánea de SGLTi y nsMRA no atenúa sus beneficios clínicos, lo que refuerza la recomendación de iniciar ambos tratamientos desde el principio cuando sea clínicamente factible.

Conclusión

La estrategia de iniciación rápida o simultánea de la terapia combinada puede ofrecer beneficios clínicos tempranos y aditivos para los pacientes con HFmrEF o HFpEF, en comparación con el enfoque gradual tradicional. Es fundamental superar la inercia clínica y adoptar esta estrategia para mejorar los resultados en esta población.

GUIDELINES

European Society of Intensive Care Medicine clinical practice guideline on fluid therapy in adult critically ill patients. Part 1: the choice of resuscitation fluids



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE MEDICINA INTENSIVA SOBRE FLUIDOTERAPIA EN PACIENTES ADULTOS EN ESTADO CRÍTICO.

PARTE 1: ELECCIÓN DE FLUIDOS DE REANIMACIÓN.

Table 1 Summary of clinical questions and recommendations for albumin vs. crystalloids

SUMMARY OF CLINICAL QUESTIONS AND RECOMMENDATIONS FOR ALBUMIN VS. CRYSTALLOIDS		
Q1	Should albumin vs. crystalloids be used for volume expansion in adult critically ill patients in general?	
R	We suggest using crystalloids rather than albumin for volume expansion in adult critically ill patients in general.*	MODERATE CERTAINTY OF EVIDENCE
Q2	Should albumin vs. crystalloids be used for volume expansion in adult critically ill patients with sepsis?	
R	We suggest using crystalloids rather than albumin for volume expansion in adult critically ill patients with sepsis.	MODERATE CERTAINTY OF EVIDENCE
Q3	Should albumin vs. crystalloids be used for volume expansion in adult critically ill patients with acute respiratory failure?	
R	We suggest using crystalloids rather than albumin for volume expansion in adult critically ill patients with acute respiratory failure.	VERY LOW CERTAINTY OF EVIDENCE
Q4	Should albumin vs. crystalloids be used for volume expansion in adult critically ill patients with traumatic brain injury?	
R	We suggest using isotonic saline rather than albumin for volume expansion in adult critically ill patients with traumatic brain injury.*	VERY LOW CERTAINTY OF EVIDENCE
Q5	Should albumin vs. crystalloids be used for volume expansion in adult critically ill patients in the perioperative period and patients with bleeding or at risk for bleeding?	
R	We suggest using crystalloids rather than albumin for volume expansion in adult critically ill patients in the perioperative period and patients with bleeding or at risk for bleeding.	VERY LOW CERTAINTY OF EVIDENCE
Q6	Should albumin vs. crystalloids be used for volume expansion in adult critically ill patients with cirrhosis?	
R	We suggest using albumin rather than crystalloids for volume expansion in adult critically ill patients with cirrhosis	VERY LOW CERTAINTY OF EVIDENCE

Table 2 Summary of clinical questions and recommendations for balanced crystalloids vs. isotonic saline

SUMMARY OF CLINICAL QUESTIONS AND RECOMMENDATIONS FOR BALANCED CRYSTALLOIDS VS. ISOTONIC SALINE		
Q7	Should balanced crystalloids vs. isotonic saline be used for volume expansion in adult critically ill patients in general?	
R	We suggest using balanced crystalloids rather than isotonic saline for volume expansion in adult critically ill patients in general.*	LOW CERTAINTY OF EVIDENCE
Q8	In settings with a limited supply of balanced crystalloids, it is advised to prioritize using balanced crystalloids rather than isotonic saline in patients who require large volumes of resuscitation fluids and those with hyperchloremia or acidosis.	
Q9	In settings where balanced fluids are unavailable, isotonic saline is an acceptable alternative.	
Q10	Conversely, isotonic saline should be considered in patients with hyponatremia or metabolic alkalosis.	
Q11	Should balanced crystalloids vs. isotonic saline be used for volume expansion in adult critically ill patients with sepsis?	
R	We suggest using balanced crystalloids rather than isotonic saline for volume expansion in adult critically ill patients with sepsis.	LOW CERTAINTY OF EVIDENCE
Q12	Should balanced crystalloids vs. isotonic saline be used for volume expansion in adult critically ill patients with traumatic brain injury?	
R	We suggest using isotonic saline rather than balanced crystalloids for volume expansion in adult critically ill patients with traumatic brain injury.	VERY LOW CERTAINTY OF EVIDENCE
Q13	Most of the evidence is based on data from randomised controlled trials that used balanced fluids with near-normal osmolality.	
Q14	More hypotonic balanced fluids, such as Ringer's lactate (or acetate), probably should be avoided in patients with traumatic brain injury.	
Q15	Should balanced crystalloids or isotonic saline be used for volume expansion in adult critically ill patients with kidney injury?	
R	We suggest using balanced crystalloids rather than isotonic saline for volume expansion in adult critically ill patients with kidney injury.	VERY LOW CERTAINTY OF EVIDENCE

Resumen de Recomendaciones:

Tabla 1: Albúmina vs. Cristaloides

- **Pacientes críticos en general:** Se sugiere usar cristaloides en lugar de albúmina (certeza **moderada**).
- **Pacientes con sepsis:** Se sugiere usar cristaloides en lugar de albúmina (certeza **moderada**).
- **Pacientes con insuficiencia respiratoria aguda:** Se sugiere usar cristaloides en lugar de albúmina (certeza **muy baja**).
- **Pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE):** Se sugiere usar solución salina isotónica en lugar de albúmina (certeza **muy baja**).
- **Pacientes en periodo perioperatorio o con riesgo de sangrado:** Se sugiere usar cristaloides en lugar de albúmina (certeza **muy baja**).
- **Pacientes con cirrosis:** Se sugiere usar albúmina en lugar de cristaloides (certeza **muy baja**).

Tabla 2: Cristaloides Balanceados vs. Solución Salina Isotónica

- **Pacientes críticos en general:** Se sugiere usar cristaloides balanceados en lugar de solución salina isotónica (certeza **baja**).
- **Pacientes con sepsis:** Se sugiere usar cristaloides balanceados en lugar de solución salina isotónica (certeza **baja**).
- **Pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE):** Se sugiere usar solución salina isotónica en lugar de cristaloides balanceados (certeza **muy baja**).
 - Evitar el uso de soluciones hipotónicas balanceadas, como lactato de Ringer, en TCE.
- **Pacientes con lesión renal:** Se sugiere usar cristaloides balanceados en lugar de solución salina isotónica (certeza **muy baja**).

Tabla 3: Cristaloides Hipertónicos de Pequeño Volumen vs. Cristaloides Isotónicos

- **Pacientes críticos en general:** Se sugiere usar cristaloides isotónicos en lugar de fluidos hipertónicos de pequeño volumen para la expansión de volumen en pacientes adultos críticamente enfermos (certeza **muy baja**).

CONFERENCE REPORTS AND EXPERT PANEL

European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) 2025 clinical practice guideline on fluid therapy in adult critically ill patients: part 2—the volume of resuscitation fluids



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE MEDICINA INTENSIVA SOBRE FLUIDOTERAPIA EN PACIENTES ADULTOS EN ESTADO CRÍTICO.

PARTE 2: EL VOLUMEN DE LOS FLUIDOS DE RESUCITACIÓN

Resumen de recomendaciones sobre resucitación con fluidos en pacientes críticamente enfermos:

1. Sepsis o Shock Séptico:

- **Volumen inicial (30 ml/kg):** Recomendación condicional a favor (muy baja certeza).
- **Estrategia liberal vs. restrictiva:** Sin recomendación (certeza moderada).
- Enfoque individualizado vs. no individualizado: Recomendación condicional a favor (muy baja certeza).

2. Shock Hemorrágico:

- **Trauma penetrante:** Estrategia restrictiva (parte de hipotensión permisiva) vs. liberal: Recomendación condicional a favor (certeza moderada).
- **Trauma cerrado: Estrategia restrictiva (hipotensión permisiva) vs. liberal:** Recomendación condicional a favor (baja certeza).
- **Shock no traumático:** Administración guiada por parámetros hemodinámicos: Declaración de mejor práctica (sin graduación).

3. Shock Obstrutivo:

- **Embolismo pulmonar:** Precaución con fluidos; decisiones basadas en marcadores de congestión derecha: Declaración de mejor práctica (sin graduación).
- **Taponamiento cardíaco:** Fluidos como medida temporal hasta manejo definitivo: Declaración de mejor práctica (sin graduación).

4. Shock Cardiogénico Izquierdo:

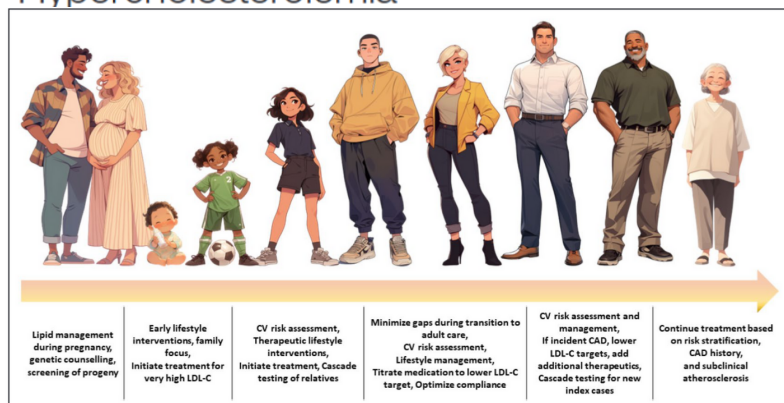
- **Estrategia restrictiva vs. liberal:** La resucitación con fluidos no debe ser el tratamiento primario: Declaración de mejor práctica (sin graduación).

5. Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA):

- **Estrategia liberal vs. restrictiva:** Sin recomendación (muy baja certeza).

CONTEMPORARY REVIEW <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.124.038458>

Life Course Approach for Managing Familial Hypercholesterolemia



El artículo titulado "Life Course Approach for Managing Familial Hypercholesterolemia" publicado en el Journal of the American Heart Association propone un enfoque de manejo a lo largo de la vida para la hipercolesterolemia familiar (FH).

- **Contexto:** La FH es una condición hereditaria caracterizada por niveles elevados de colesterol LDL desde el nacimiento, lo que incrementa el riesgo de enfermedad coronaria prematura. El manejo actual suele centrarse en el momento del encuentro médico, pero el riesgo está relacionado con la exposición acumulada al colesterol LDL a lo largo de la vida.

- **Propuesta:** El enfoque de curso de vida considera las necesidades cambiantes en el manejo desde el nacimiento hasta la vejez. Se presta especial atención a la adherencia al tratamiento, el monitoreo de la aterosclerosis y los problemas médicos asociados con las transiciones de atención (de pediatría a medicina interna, embarazo y cuidado en la vejez).
- **Tratamiento:** El tratamiento debe ser continuo y adaptarse según la etapa de vida. El uso temprano de estatinas en la infancia ha demostrado mejorar los resultados a largo plazo. También se discuten terapias innovadoras, como los inhibidores de PCSK9 y estrategias para mejorar la adherencia.
- **Desafíos:** Incluyen el acceso desigual a pruebas genéticas y tratamientos, la transición entre cuidados pediátricos y de adultos, y el manejo de FH durante el embarazo. También se destaca la falta de modelos de atención que integren el enfoque familiar y los determinantes sociales de la salud.
- **Investigación Futura:** Se identifican lagunas en la evidencia, especialmente en el manejo durante la transición a la edad adulta, embarazo y el uso de imágenes para monitorear la aterosclerosis.

COMENTARIOS A LA GUÍA ESC 2024 SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNDROMES CORONARIOS CRÓNICOS

Diagnóstico

La nueva guía introduce un enfoque clínico secuencial simplificado de 4 pasos para los pacientes con sospecha de SCC, en sustitución del anterior protocolo de 6 pasos:

Paso 1

Este paso incluye una evaluación clínica general centrada en la valoración de los síntomas —en la que la angina «típica» frente a la «atípica» se reemplaza por una descripción detallada de los síntomas— y los signos del SCC, el electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones en reposo, los análisis de sangre básicos, y en pacientes seleccionados, la radiografía de tórax y las pruebas de la función pulmonar. Deben tenerse en cuenta los valores plasmáticos de proteína C reactiva de alta sensibilidad y fibrinógeno (IIaB).

Paso 2

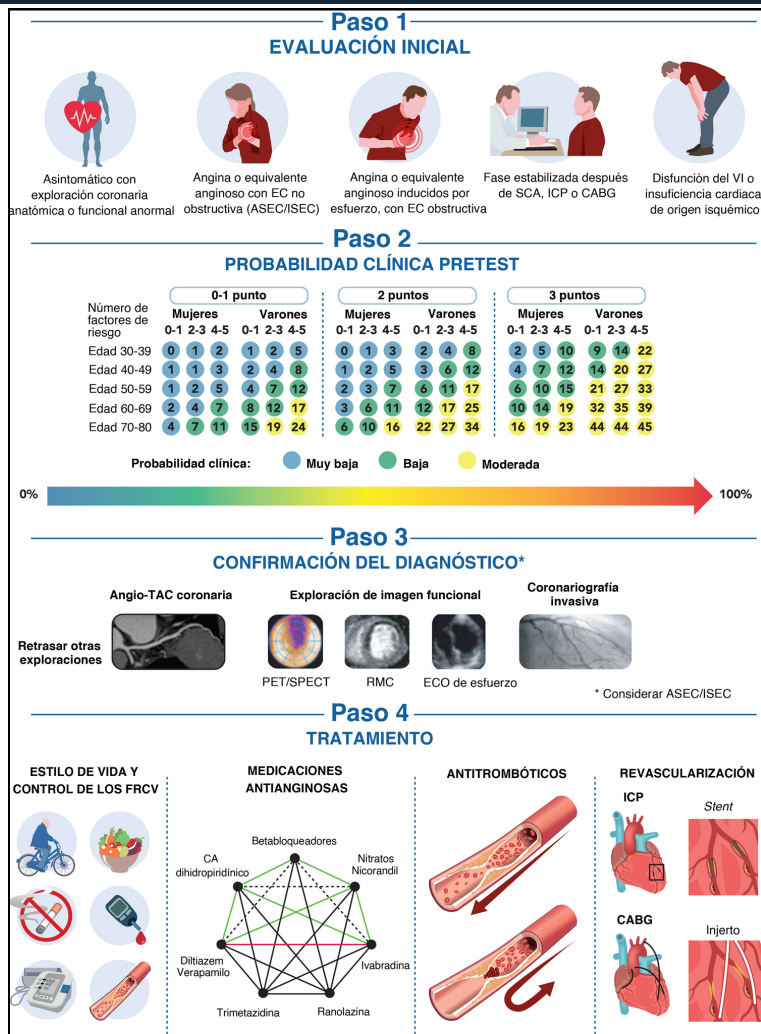
Este paso incluye la ecocardiografía y una nueva estimación de la probabilidad clínica pretest de EC obstructiva para evaluar la necesidad de pruebas adicionales mediante el modelo de probabilidad clínica ponderada por factores de riesgo (RF-CL), que tiene en cuenta la edad, el sexo, los síntomas de angina y el número de factores de riesgo (IB). Si la probabilidad pretest de EC obstructiva es muy baja (< 5%), debe considerarse el aplazamiento de otras pruebas diagnósticas. Para una probabilidad pretest baja (5-15%) de EC obstructiva, debe considerarse la puntuación de calcio arterial coronario para reclasificar a los pacientes e identificar a más personas con una probabilidad clínica ponderada por la puntuación de calcio arterial coronario muy baja ($\leq 5\%$) (IIaB). La prueba de ECG de esfuerzo también puede considerarse una alternativa para contemplar o descartar una EC cuando no se dispone de exploraciones de imagen no invasivas. En pacientes seleccionados, también se recomienda evaluar la tolerancia al esfuerzo, los síntomas, las arritmias, la respuesta de la presión arterial y el riesgo de episodios (IC).

Paso 3

Este paso incluye pruebas diagnósticas para establecer el diagnóstico de SCC y determinar el riesgo de episodios futuros en los pacientes. Se establece la angiografía coronaria mediante tomografía computarizada (angio-TAC coronaria) como exploración diagnóstica de primera línea⁴: en los pacientes con sospecha de SCC y una probabilidad pretest baja a moderada (> 5-50%), se recomienda diagnosticar una EC obstructiva y estimar el riesgo de episodios (IA). En la angio-TAC coronaria, características como la placa de baja atenuación, el remodelado positivo, las calcificaciones puntuales y el signo del anillo de servilleta se asocian a un mayor riesgo de muerte o infarto de miocardio no mortal. Las exploraciones de imagen funcionales, incluida la ecocardiografía de estrés, la gammagrafía de perfusión miocárdica (SPECT y PET) y la resonancia magnética cardíaca (RMC) de estrés, se recomiendan en pacientes con sospecha de SCC y una probabilidad pretest moderada-alta (>15-85%) de EC obstructiva, para estimar el riesgo de episodios futuros. La coronariografía invasiva se recomienda para diagnosticar la EC obstructiva en pacientes con una probabilidad clínica de enfermedad muy alta (>85%), síntomas graves resistentes al tratamiento médico según las guías, angina a niveles bajos de esfuerzo o riesgo alto de episodios. Además, se aconseja disponer de la posibilidad de determinar la presión coronaria, que debe utilizarse para evaluar la gravedad funcional de las estenosis intermedias que no afectan al tronco coronario izquierdo antes de la revascularización (IA). Para las estenosis intermedias, la reserva fraccional de flujo (RFF) y el cociente instantáneo sin onda (iFR) siguen siendo técnicas estándares, con umbrales de significación de $\leq 0,8$ o $\leq 0,89$, respectivamente (IA).

Paso 4

Este paso se centra en la modificación del estilo de vida y de los factores de riesgo, así como en el uso de tratamientos modificadores de la enfermedad, incluidos los medicamentos o la revascularización en caso necesario.



Comentarios a la guía ESC 2024 sobre el diagnóstico y el tratamiento de los síndromes coronarios crónicos

INTRODUCCIÓN La Sociedad Europea de Cardiología (ESC) ha presentado recientemente su guía para el tratamiento de los síndromes coronarios crónicos (SCC), qu

CURSOS Y CONGRESOS



SOLAMI 2025
CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA INTERNA

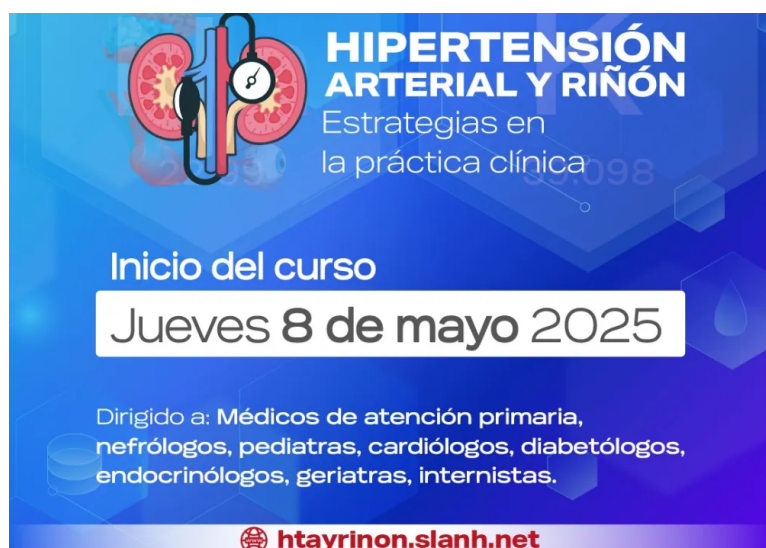
17 al 20 de septiembre
Panama Convention Center

[Inscribirme](#)

SOLAMI
Inicio
La Sociedad Panameña de Medicina Interna se complace en anunciar que el XIV Congreso Latinoamericano de Medicina Interna, SOLAMI...
Solamipanamá2025

XXXV Curso Problemas Frecuentes en Medicina Ambulatoria del Adulto 2025.
Consejos Prácticos

<https://www.medicinainterna.cl/curso/xxxv-curso-problemas-frecuentes-en-medicina-ambulatoria-del-adulto-2025-consejos-practicos>



HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y RIÑÓN
Estrategias en la práctica clínica

Inicio del curso
Jueves 8 de mayo 2025

Dirigido a: Médicos de atención primaria, nefrólogos, pediatras, cardiólogos, diabetólogos, endocrinólogos, geriatras, internistas.

htayrinon.slanh.net

<https://slanh.net/producto/hipertension-arterial-y-rinon/>



03 DE ABRIL AL 28 DE MAYO 2025

CARDIOLOGÍA CRÍTICA:
Desafíos en la atención del paciente crítico cardiovascular

redEMC
Este curso cuenta con los Acreditados Científicos de: 

<https://redemc.net>



MIRCIM 2025
McMaster International Review Conference of Internal Medicine
10TH EDITION

8-10 May 2025
Kraków, Poland

[Register now](#)

In-person
Virtual

<https://my.ebm.one/mircim-2025>

VIRTUAL

	3 DÍAS (8-10 de mayo)	DÍA 1 (8 de mayo)	DÍA 2 o 3 (9 o 10 de mayo)
Estándar	250 €		130 €
Jóvenes becarios, estudiantes de doctorado	190 €	50 €	100 €
Estudiantes	125 €		65 €

thebmj Visual summary



Symptomatic dengue

Assessing and monitoring patients

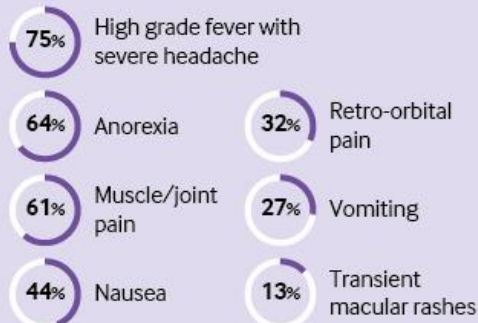
Previously limited to tropical regions, dengue outbreaks have begun occurring in subtropical and temperate regions. The clinical approach to assessment we outline in this graphic is relevant to all endemic and non-endemic countries, based on WHO and CDC guidelines and updates. See the full paper for more detail on diagnosis and management.



Febrile phase

- Usually occurs 5-7 days post infection, and lasts 2-7 days
- Adults tend to develop aches and nausea
- Children tend to exhibit vomiting and rashes

Patients experienced the following symptoms



Are risk factors for severe dengue present?

NO

YES

Discharge for home care

Admit for monitoring and symptom management

Also consider admission for people who reside far from hospitals, live alone, or are experiencing poverty

Monitor for dengue warning signs

Critical phase

5%

1 or more dengue warning signs

- Usually towards the end of the febrile phase, but may be earlier

Admit for monitoring and symptom management

Severe dengue

2-5% of patients with febrile dengue develop severe disease and may require intensive care. Mortality for people who develop severe dengue is around 5%.

Symptoms include one or more of:

- Compensated or hypotensive shock
- Severe bleeding
- Respiratory distress
- Severe organ impairment

Consider admission to intensive care unit



Dengue warning signs

- Persistent vomiting: ≥ 3 episodes in 1 hour or 4 episodes in 6 hours
- Abdominal pain or tenderness
- Mucosal bleeding; usually gum and nose bleeds; sometimes vaginal or gastrointestinal bleeds or haematuria
- Clinical fluid accumulation/plasma leakage such as ascites, pleural effusion, or oedematous gall bladder wall
- Increase in haematocrit concurrent with rapid decrease in platelet count
- Liver enlargement $>2\text{cm}$
- Restlessness
- Lethargy



Risk factors for severe dengue

- Pregnancy
- Infants <1 year old
- Diabetes
- Adults >65 years old
- Hypertension
- Chronic kidney disease
- Heart failure
- Asthma
- Obesity

Recovery phase

- Complete recovery may take a few days to a few weeks

Patients may develop

- Erythematous, pruritic rashes with islands of normal skin (Herman's rash)
- Post viral fatigue and depression over weeks to months in a fifth to a third of adult patients

For critical phase and severe dengue, recovery starts soon after fluid accumulation reversal occurs

95%
In patients who do not develop critical phase, the recovery starts soon after the resolution of fever

AUTOR:

DR. JORGE ROJAS

MEDICINA INTERNA - EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA

