

RESUMEN ACC 2024: CONCLUSIONES PARA PRÁCTICA CLÍNICA

Autor: Marcos García Aguado (Cardiólogo en el Hospital U. Puerta de Hierro de Majadahonda. Madrid)

Fecha de publicación: 03/06/2024

Patología: Miscelánea / Categoría: Novedades

Tiempo de lectura: 5 minutos



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

Estas son las conclusiones para nuestra práctica clínica, que extraemos de los estudios más relevantes presentados en la **ACC 2024 (sesiones del Colegio Americano de Cardiología)**. Recuerda que en nuestra web tienen un análisis más profundo de cada uno de ellos.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- Aún no está disponible, pero el **zilebesirán** podría revolucionar el tratamiento de la hipertensión arterial gracias a su cómoda posología, con una inyección subcutánea cada 6 meses. El estudio [KARDIA-2](#) demostró su eficacia/seguridad en asociación con otro fármaco antihipertensivo, manteniendo su efecto durante los 6 meses de seguimiento. Previamente ya se había comprobado su eficacia en monoterapia con el estudio **KARDIA-1**. Se esperan los resultados del fármaco en combinación con varios antihipertensivos y en pacientes con un riesgo cardiovascular más alto. **¿Qué implica?** Mejorar la adherencia en la hipertensión arterial, uno de los puntos clave a optimizar; **¿Disponible?** No, necesitamos más datos y conocer su papel en la reducción de la morbimortalidad cardiovascular; **¿Hito?** Abre las puertas a terapias inyectables de nueva generación con posologías muy cómodas, mejorando la adherencia, uno de los problemas de las terapias antihipertensivas.

DISLIPEMIA

- **TRIGLICÉRIDOS:** se presentaron dos moléculas, el [plozasirán y el olezarseno](#), capaces de reducir de forma potente los niveles de triglicéridos. Si finalmente llegan a comercializarse, abrirían una potente opción terapéutica para los pacientes con hipertrigliceridemia grave, cuyo manejo terapéutico es complejo y con escasas opciones farmacológicas. Su papel en la enfermedad cardiovascular está aún por demostrar, primero por la escasa evidencia científica que apoye la relación causal directa entre la hipertrigliceridemia y la enfermedad cardiovascular, segundo porque el **plozasirán** aumenta los niveles de c-LDL y altera el metabolismo de la glucemia, lo que podría traducirse en eventos cardiovasculares futuros. En cambio, el **olezarseno** presenta mejoras en otras fracciones lipídicas, por lo que podría mejorar el pronóstico cardiovascular. **¿Qué implica?** Disponer por primera vez de terapias muy potentes en la reducción de los triglicéridos; **¿Disponible?** No, necesitamos datos que demuestren la reducción de morbimortalidad cardiovascular o un efecto neutro si se plantean como tratamiento de la hipertrigliceridemia severa; **¿Hito?** Nuevas terapias con mecanismo de acción novedoso en el ámbito de los triglicéridos, pudiendo plantearse como tratamiento de la peligrosa hipertrigliceridemia severa.
- **INCLISIRÁN:** se presentó un estudio con una [estrategia de tratamiento](#) hipolipemiante, en el ámbito de la prevención secundaria, que ha demostrado rapidez y seguridad a la hora de alcanzar los estrictos objetivos de **c-LDL**. El estudio “añadía” **inclisirán** a estatinas (*dosis máxima toleradas*) desde el principio, evitando la tradicional estrategia en escalones. Por tanto, se asoció al tratamiento estatínico un fármaco potente, que facilita la adherencia terapéutica. La tendencia actual en el tratamiento de la hipercolesterolemia del paciente con enfermedad cardiovascular consiste en estimar que terapia nos va a permitir alcanzar los estrictos objetivos de c-LDL e iniciar, si es preciso, un tratamiento combo desde el principio (*principalmente en pacientes con muy alto riesgo cardiovascular*), cumpliendo así con la máxima “cuanto más pronto mejor”. **¿Qué implica?** Demostrar la eficacia de una estrategia terapéutica consistente en utilizar desde el principio una combinación de fármaco oral e inyectable, permitiendo reducciones más potentes de c-LDL y con mayor rapidez; **¿Disponible?** Los dos fármacos evaluados en combinación están disponibles, pero la estrategia debe justificarse y está circunscrita a dispensación hospitalaria; **¿Hito?** Se pueden alcanzar los objetivos estrictos de c-LDL de forma más rápida, importante en los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida con muy alto riesgo.
- **TRANSPORTE REVERSO DE HDL:** nuevamente una terapia que actúa potenciando el transporte reverso del colesterol ha fracasado, puesto que no ha conseguido reducir los eventos cardiovasculares. La administración de [Apo A-I sintética](#) no ha alcanzado beneficios cardiovasculares. Actualmente seguimos sin fármacos que potenciando el transporte reverso de colesterol sean capaces de mejorar la protección cardiovascular. Por tanto, conocer los niveles de HDL no nos aporta valor para diseñar estrategias terapéuticas (*se requiere si usamos fórmulas indirectas de determinación del c-LDL como la de Friedewald o para determinar el colesterol no HDL*), y sigue sin ser un objetivo terapéutico. La clave puede estar en

la funcionalidad del HDL, no en su concentración. **¿Qué implica?** Seguir huérfanos de terapias que reduzcan la morbimortalidad cardiovascular al potenciar el transporte reverso de colesterol, por tanto, no debemos utilizar el HDL como objetivo terapéutico; **¿Disponible?** No; **¿Futuro?** Evaluar mejor el papel del flujo reverso de colesterol con intención de buscar dianas terapéuticas capaces de mejorar la protección cardiovascular.

ANTIAGREGACIÓN

- **DOBLE ANTIAGREGACIÓN:** se ha presentado un [nuevo estudio](#) que apoya acortar los tiempos de doble antiagregación en los pacientes con evento coronario agudo revascularizado, aunque la investigación adolece de limitaciones que reducen su aplicabilidad universal. Esta investigación nos sirve para recordar que existen diferentes estrategias de doble antiagregación, y que debemos individualizarlas, seleccionando adecuadamente a los pacientes en base a su riesgo hemorrágico e isquémico. No todos los pacientes requieren tratamientos con doble antiagregación de 12 meses. **¿Qué implica?** Nos recuerda que los tiempos de doble antiagregación deben individualizarse; **¿Hito?** Cada vez disponemos de más información que apoya los tratamientos acortados de doble antiagregación tras un evento coronario agudo revascularizado, pero es fundamental balancear el riesgo hemorrágico y trombótico para la toma de decisiones.

TELEMEDICINA

- **CONTINUIDAD ASISTENCIAL:** la [teleasistencia](#) reduce la tasa de hospitalizaciones a los 6 meses de seguimiento en pacientes con síndrome coronario agudo sometidos a intervención percutánea coronaria. Por tanto, las nuevas tecnologías nos ayudan a implementar y potencia la continuidad asistencial. **¿Qué implica?** Apostar por la continuidad asistencial y las nuevas tecnologías; **¿Disponible?** Si, depende de las estrategias y herramientas utilizadas en cada centro/lugar; **¿Hito?** Reposicionar la continuidad asistencial como un pilar fundamental de la práctica clínica en el paciente cardiológico, claramente favorecida por las nuevas tecnologías.

SHOCK CARDIOGÉNICO

- **DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR:** por primera vez en décadas se ha demostrado una reducción de mortalidad en pacientes con shock cardiogénico secundario a infarto agudo de miocardio mediante el uso de un dispositivo de asistencia ventricular percutáneo, el [IMPELLA CP](#). **¿Qué implica?** Por fin se vuelve a demostrar una reducción de mortalidad en el shock cardiogénico secundario al infarto agudo de miocardio; **¿Disponible?** Si, pero no debemos olvidar que la estrategia terapéutica evaluada se asocia a importantes complicaciones; **¿Hito?** Modificar nuestra forma de actuación en el paciente con shock cardiogénico secundario a infarto agudo de miocardio.

BETABLOQUEANTES

- Se presentó un estudio que apunta los datos de la evidencia contemporánea sobre la ineficacia de los [betabloqueantes](#) en el tratamiento crónico de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio no complicado y fueron revascularizados. El estudio tiene limitaciones significativas, por lo que se requieren más estudios, que afortunadamente ya están en marcha. **¿Qué implica?** Da más fuerza a la tendencia actual de retirar los betabloqueantes más allá del año en los pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado; **¿Disponible?** Plantear eliminar el betabloqueante en el infarto no complicado requiere más evidencia de calidad. No obstante, podríamos quedarnos tranquilos sin betabloqueante en aquellos pacientes con infarto de miocardio revascularizado no complicado con problemas para su prescripción; **¿Hito?** Avanzar en la eliminación de los betabloqueantes como terapia en el infarto agudo de miocardio con fracción de eyección del ventrículo izquierdo preservada, es decir, en el infarto no complicado. La era moderada ha introducido nuevas estrategias terapéuticas que dejan obsoletos fármacos que fueron claves en el pasado. La ciencia avanza.

INSUFICIENCIA CARDIACA

- **EMPAGLIFLOZINA:** la **empagliflozina** es uno de los pilares del tratamiento de la insuficiencia cardiaca (IC), independientemente de la glucemia, de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVi*) o del momento de implementación (fase aguda estabilizada o fase ambulatoria). Ha demostrado reducir la morbimortalidad cardiovascular. Los **iSGLT2** se recomiendan para prevenir/retrasar el desarrollo de IC en pacientes con diabetes mellitus y miocardiopatía diabética subclínica. Utilizar la empagliflozina para prevenir el desarrollo de IC en aquellos pacientes con criterios de riesgo que sufrieron un infarto agudo de miocardio, independientemente de la glucemia, no ha aportado beneficios en el combinado hospitalización por insuficiencia cardiaca y muerte por cualquier causa, aunque el objetivo secundario preespecificado de hospitalizaciones totales por IC se redujo de forma significativa. Por el momento no podemos olvidar la importancia de los **iSGLT2 (dapagliflozina/empagliflozina)** en la IC, independientemente de la glucemia/FEVi, y realizar un cribaje de la miocardiopatía diabética subclínica para iniciar **iSGLT2** y prevenir/retrasar el riesgo de desarrollo de IC. **¿Qué implica?** La empagliflozina podría reducir las hospitalizaciones en el paciente infartado que no ha desarrollado IC pero está en riesgo; **¿Hito?** Prevenir el desarrollo de IC es fundamental. Una vez desarrollada la IC, la patología es irreversible.
- **SEAGLUTIDA:** la [semaglutida subcutánea en dosis semanal de 2,4 mg](#) ha demostrado, en población con obesidad, diabetes mellitus e IC con FEVi preservada (ojo, $\geq 45\%$) una mejoría significativa de la calidad de vida, junto a beneficios en criterios subrogados sobre el estado cardiovascular. Estos resultados son similares a los del estudio presentado en 2023 con la misma molécula en población similar, pero sin diabetes mellitus, **¿Qué implica?** Ampliar las indicaciones de la semaglutida como fármaco para el paciente con obesidad y ICfEp, independientemente de la

glucemia, aunque siempre balanceando riesgo/beneficio (*individualizar*) y coste/beneficio; **¿Hito?** Extiende el planteamiento de la semaglutida como un fármaco con acciones beneficiosas cardiovasculares, por tanto, no es solo un fármaco para tratar la obesidad.

- **CONTINUIDAD ASISTENCIAL:** la [telemedicina](#) contribuye a una mejor iniciación y titulación/optimización del tratamiento farmacológico de los pacientes con IC con FEVi reducida en comparación con la atención habitual en aquellos lugares con acceso dificultoso a la atención sanitaria. **¿Qué implica?** Ofertar opciones para que la prestación sanitaria llegue a lugares de difícil acceso, ayudando a que todos los ciudadanos sean iguales. De nuevo, la importancia de crear equipos de continuidad asistencial.

VÁLVULAS

- **TAVI:** el reemplazo aórtico transcatóter está desplazando progresivamente a la sustitución quirúrgica en pacientes con estenosis aórtica severa, extendiéndose a pacientes con un riesgo quirúrgico más bajo. Pero para los pacientes de bajo riesgo quirúrgico requerimos más datos sobre su durabilidad a largo plazo. En este grupo poblacional de bajo riesgo disponemos de datos de seguimiento a 5 años, sin inferioridad respecto a la cirugía; **¿Qué implica?** Apoya estudios previos que demuestran la durabilidad de la TAVI en bajo riesgo quirúrgico; **¿Hito?** La TAVI se va consolidando como terapia en la estenosis aórtica, independientemente del riesgo quirúrgico, aunque necesitamos datos de durabilidad a más largo plazo y en población más joven.

Los estudios fallidos también nos aportan información que modula nuestra práctica clínica, tal y como comentamos en otro post de CARPRIMARIA: [aprendiendo de los errores ¿Qué nos aportan los estudios fallidos presentados en la ACC 2024?](#)

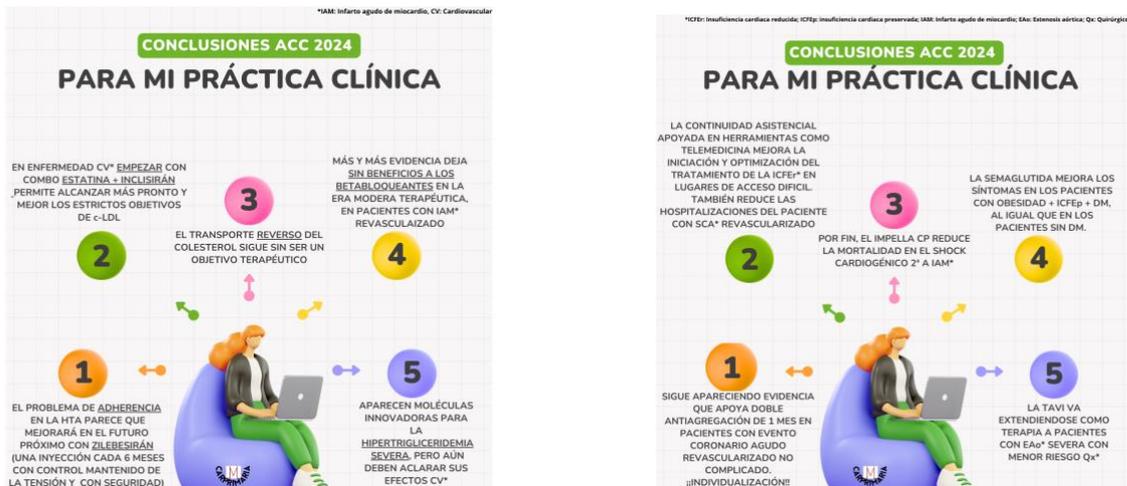


Ilustración 1. Algunas conclusiones para práctica clínica presente y futura. AHA 2024. CARPRIMARIA

REFERENCIAS

[Aprendiendo de los errores. ¿Qué nos aportan los estudios fallidos presentados en la ACC 2024?](#)

[Zelebesirán. ¿por qué tengo que conocerlo?](#)

[Dos nuevas moléculas para la hipertrigliceridemia ¿Qué pueden aportar?](#)

[La estrategia del “inclisirán primero” es más eficaz en la reducción del c-LDL que el tratamiento habitual](#)

[¿Aumentar la HDL o la Apo A-I puede reducir la morbimortalidad cardiovascular? Estudio AEGIS-II](#)

[¿Acortamos los tiempos de doble antiagregación tras un evento coronario agudo revascularizado?](#)

[Éxito del dispositivo Impella CP en el shock cardiogénico por infarto y de la telemedicina en el seguimiento del paciente infartado](#)

[La semaglutida mejora los síntomas y limitaciones físicas de los pacientes con obesidad e ICFeP, en pacientes con y sin diabetes mellitus](#)

[La telemedicina acerca la atención sanitaria a entornos difíciles en insuficiencia cardiaca](#)

[¿Válvula percutánea en estenosis aórtica severa de bajo riesgo quirúrgico?](#)

[aprendiendo de los errores ¿Qué nos aportan los estudios fallidos presentados en la ACC 2024?](#)

[¿Es el final de los betabloqueantes en el tratamiento crónico del paciente con infarto agudo de miocardio no complicado?](#)