



ACC.25

MARCH 29 - 31, 2025 · CHICAGO

▼ NOLTER

CONGRESO ACC 2025 DÍA 1

Comienza una nueva edición del Congreso del American College of Cardiology (ACC) 2025 en la vibrante ciudad de Chicago, Estados Unidos. El ACC continúa consolidándose como el evento de referencia en el ámbito de la cardiología, reuniendo a líderes y expertos de todo el mundo. Este congreso se ha convertido en un punto de encuentro clave para aquellos que buscan estar a la vanguardia de la medicina cardiovascular, donde se presentan las investigaciones más innovadoras y las soluciones más efectivas para los desafíos clínicos actuales.

Durante tres días, el Congreso ofrecerá un foro único para compartir los últimos avances en una amplia gama de temas cardiovasculares, que abarcan desde la prevención y el diagnóstico hasta las más avanzadas modalidades de tratamiento. Se discutirán los temas más relevantes que marcan el rumbo de la cardiología moderna, proporcionando a los profesionales las herramientas necesarias para mejorar la atención de sus pacientes.

Como ya es costumbre, **NOLTER** le acerca la cobertura de las sesiones más esperadas, los **'Late-Breaking Clinical Trial'**, donde se presentarán los resultados de ensayos clínicos de gran impacto que tienen el potencial de transformar la práctica clínica. Estos estudios podrían redefinir enfoques terapéuticos establecidos y abrir nuevas puertas para el tratamiento de diversas enfermedades cardiovasculares.

A continuación compartimos los estudios presentados durante el primer día.

ÍNDICE

- 1. Estudio WARRIOR:** Tratamiento Médico Intensivo vs. Tratamiento Habitual para la Reducción de Eventos en Enfermedad Coronaria No Obstructiva.
- 2. Estudio API-CAT:** Tratamiento Anticoagulante Extendido con Dosis Plena o Reducida de Apixabán en Pacientes con Tromboembolismo Venoso Asociado a Cáncer.
- 3. Estudio FARES-II:** Concentrado de Complejo Protrombínico de Cuatro Factores vs. Plasma Fresco Congelado en Pacientes Adultos con Coagulopatía y Sangrado tras Cirugía Cardíaca.
- 4. Estudio HOST-BR:** Estudio de aleatorización estratificada para comparar la duración de la terapia dual antiplaquetaria tras la colocación de un stent coronario en poblaciones de alto o bajo riesgo de sangrado.
- 5. Estudio ADVANCE-HTN:** Eficacia de Lorundrostat en Pacientes con Hipertensión Arterial no Controlada.

1. ESTUDIO WARRIOR

Tratamiento Médico Intensivo vs. Tratamiento Habitual para la Reducción de Eventos en Enfermedad Coronaria No Obstructiva.

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en mujeres estadounidenses, con aproximadamente 400.000 fallecimientos anuales, siendo la enfermedad isquémica del corazón la manifestación más común. Factores de riesgo como hipertensión, diabetes, dislipidemia, junto con obesidad y baja condición física, presentan una prevalencia elevada en esta población.

Un aspecto particular de la cardiopatía en mujeres es la presencia de **isquemia sin enfermedad coronaria obstructiva** (INOCA), condición que afecta entre el 40% y el 65% de las mujeres con síntomas de isquemia, sin evidencia de obstrucción significativa en la angiografía coronaria. Anteriormente considerada de **“bajo riesgo”**, la evidencia actual indica que las pacientes con INOCA tienen un riesgo elevado de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE), incluyendo infarto de miocardio (IAM), accidente cerebrovascular (ACV) e insuficiencia cardíaca (IC). Los mecanismos subyacentes incluyen disfunción endotelial y microvascular, aterosclerosis difusa no obstructiva e isquemia miocárdica.

Estudios piloto han sugerido que la terapia médica intensiva (TMI), basada en estatinas de alta intensidad combinadas con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o bloqueadores del receptor de angiotensina (ARA), puede mejorar la angina y la función endotelial. Sin embargo, aún no existen ensayos clínicos robustos que respalden estrategias terapéuticas específicas, y las guías de tratamiento para esta población son limitadas. En consecuencia, el manejo actual se enfoca en el control sintomático y la reducción del riesgo, aunque las herramientas de estratificación no logran reflejar adecuadamente el riesgo real en estas pacientes.

Dado el impacto clínico y económico de la INOCA, es fundamental replantear su abordaje, optimizar las estrategias terapéuticas y desarrollar guías de manejo basadas en evidencia para mejorar los desenlaces en esta población de alto riesgo.

El **estudio WARRIOR** fue un estudio multicéntrico, prospectivo, aleatorizado y ciego que evaluó los resultados de una estrategia pragmática de TMI frente a la atención habitual (AH) en mujeres sintomáticas con INOCA en aproximadamente 70 sitios en los Estados Unidos.

Para ser incluidas en el estudio las mujeres debían presentar síntomas estable de angina o equivalentes anginosos, con una indicación previa para cateterismo cardíaco, angiografía coronaria o angiografía por tomografía computarizada coronaria en los últimos 5 años.

La enfermedad coronaria no obstructiva se definió como una reducción del diámetro de un vaso epicárdico mayor de 0 a 49% o un FFR >0.80.

El **criterio de valoración primario** fue la ocurrencia del primer evento de MACE, compuesto por muerte por cualquier causa, IAM no fatal, ACV no fatal u hospitalización por dolor torácico o IC.

Se incluyeron 2.476 mujeres (de las planeadas 4.422) en 71 centros de Estados Unidos, con una edad promedio de 60 años. La mayoría eran posmenopáusicas, aproximadamente la mitad tenía obesidad y presentaban factores de riesgo cardiovascular como hipertensión, colesterol LDL elevado y antecedentes familiares de enfermedad coronaria.

Las participantes fueron aleatorizadas en una proporción 1:1 para recibir TMI o tratamiento habitual. La terapia médica intensiva consistía en aspirina en dosis baja, una estatina de alta intensidad y un IECA/ARA-II. La atención habitual quedó a criterio del médico tratante.

A los cinco años de seguimiento, no se observaron diferencias significativas en el punto final primario entre ambos grupos, ocurriendo en el 16% de las participantes en ambas ramas.

El estudio enfrentó **limitaciones**, incluyendo la imposibilidad de alcanzar el número de reclutamiento esperado de 4.422 participantes debido a la pandemia de COVID-19. Además, una proporción considerable de mujeres en el grupo de atención habitual recibió un esquema terapéutico similar al de la TMI. Aproximadamente el 70% ya tomaba estatinas, la mitad estaba en tratamiento con un IECA o ARA-II, y un 40% usaba betabloqueantes al inicio del estudio. Estas limitaciones dificultan la interpretación de los hallazgos.

A pesar de ello, el estudio resalta la necesidad de seguir investigando estrategias terapéuticas óptimas para esta población y de establecer guías de manejo basadas en evidencia para mejorar los desenlaces clínicos en mujeres con INOCA.

En conclusión, en mujeres con INOCA, una terapia médica intensiva no redujo los eventos mayores cardiovasculares adversos en comparación con la atención habitual.

2. ESTUDIO API-CAT

Tratamiento Anticoagulante Extendido con Dosis Plena o Reducida de Apixabán en Pacientes con Tromboembolismo Venoso Asociado a Cáncer.

El **tromboembolismo venoso** (TEV) asociado al cáncer incrementa el riesgo de recurrencia de TEV, lo que requiere anticoagulación a largo plazo mientras el cáncer permanezca activo. La incidencia de TEV ha aumentado en **pacientes con cáncer** debido a factores como la mayor supervivencia de pacientes con cáncer metastásico y el mejor acceso a pruebas diagnósticas. Tras los primeros seis meses de tratamiento anticoagulante, el riesgo de recurrencia disminuye, pero sigue siendo significativo. Aunque los anticoagulantes orales directos (ACOD) han mostrado mejores resultados en la prevención de recurrencias de TEV, también presentan un mayor riesgo de hemorragias. Por ello, un régimen de dosis reducida de ACOD para el tratamiento a largo plazo podría representar una opción terapéutica atractiva.

El **estudio API-CAT** fue diseñado para evaluar si un régimen de dosis reducida de apixabán (2.5 mg dos veces al día [bid]) es no inferior a un régimen de dosis completa de apixabán (5 mg bid) para la prevención de TEV recurrente en pacientes con cáncer activo que hayan completado 6 meses de terapia anticoagulante tras un evento índice documentado de trombosis venosa profunda proximal y/o embolia pulmonar.

Se trata de un ensayo internacional, aleatorizado, de grupos paralelos, doble ciego y de no inferioridad, con adjudicación ciega de los eventos de resultado.

El *resultado primario de eficacia* fue un compuesto de TEV recurrentes fatal o no fatal adjudicada centralmente, evaluada en un análisis de no inferioridad. El resultado secundario clave fue el sangrado clínicamente relevante, definido como un compuesto de sangrado mayor o sangrado no mayor clínicamente relevante.

Se aleatorizaron 1.766 pacientes en un tiempo mediano desde el evento índice de 8 meses (RIC 6,5 a 12,6): 866 pacientes fueron asignados al grupo de dosis reducida y 900 al grupo de dosis completa. La duración media del tratamiento fue de 11,8 meses.

La edad media de los pacientes fue de 69 años y el 43,4% eran hombres. Entre los pacientes con cáncer activo, los sitios más frecuentes del cáncer primario fueron el mama (22,7%), colon o recto (15,2%), sistema ginecológico (12,1%) y pulmón (11,3%).

El evento índice fue una trombosis venosa profunda proximal de miembro inferior sin embolia pulmonar en el 24,5% de los pacientes y embolia pulmonar en el 75,5%.

Durante los 30 días previos a la inclusión, el 43,6% de los pacientes recibieron tratamiento anticoagulante con un anticoagulante oral directo, el 54,8% recibieron heparina de bajo peso molecular, el 1,2% recibieron un antagonista de la vitamina K y el 0,4% recibieron fondaparinux.

La TEV recurrente ocurrió en 18 pacientes (incidencia acumulada, 2,1%) en el grupo de dosis reducida y en 24 (incidencia acumulada, 2,8%) en el grupo de dosis completa (razón de subriesgo ajustada, 0,76; IC95%, 0,41 a 1,41; P = 0,001 para no inferioridad).

El **sangrado clínicamente relevante** ocurrió en 102 pacientes (incidencia acumulada, 12,1%) en el grupo de dosis reducida y en 136 (incidencia acumulada, 15,6%) en el grupo de dosis completa (razón de subriesgo ajustada, 0,75; IC del 95%, 0,58 a 0,97; P = 0,03). La mortalidad fue del 17,7% en el grupo de dosis reducida y del 19,6% en el grupo de dosis completa (razón de riesgo ajustada, 0,96; IC del 95%, 0,86 a 1,06).

En conclusión, la anticoagulación extendida con apixabán a dosis reducidas fue no inferior a la dosis completa de apixabán para la prevención de tromboembolia venosa recurrente en pacientes con cáncer activo. La dosis reducida resultó en una menor incidencia de complicaciones hemorrágicas clínicamente relevantes en comparación con la dosis completa.

Los resultados fueron publicados simultáneamente en [NEJM](#).

Referencia:

[Extended Reduced-Dose Apixaban for Cancer-Associated Venous Thromboembolism](#)

3. ESTUDIO FARES-II

Concentrado de Complejo Protrombínico de Cuatro Factores vs. Plasma Fresco Congelado en Pacientes Adultos con Coagulopatía y Sangrado tras Cirugía Cardíaca.

En la **cirugía cardíaca**, hasta un 15% de los pacientes experimentan sangrado excesivo, lo que requiere la transfusión de productos sanguíneos y está asociado con un aumento de la morbilidad y mortalidad. Las causas de este sangrado son multifactoriales, pero una de las principales es la disminución de los factores de coagulación enzimáticos, lo que afecta la generación de trombina y, en consecuencia, dificulta la formación del coágulo de fibrina.

El **plasma congelado** es el tratamiento estándar para el sangrado coagulopático, aunque su uso generalizado persiste a pesar de los riesgos conocidos, como reacciones alérgicas graves y lesiones pulmonares.

Datos preliminares recientes sugieren que el **concentrado de complejo protrombínico de 4 factores** (PCC), derivado de plasma poolizado y que contiene factores de coagulación dependientes de vitamina K (II, VII, IX, X), proteínas anticoagulantes C y S (algunos productos también incluyen antitrombina) y pequeñas cantidades de heparina, podría ser una alternativa adecuada al plasma congelado en cirugía cardíaca. El PCC presenta ventajas frente al plasma congelado, como su proceso de purificación, concentración y reducción de patógenos; además, contiene una cantidad estándar de factores de coagulación y no requiere descongelación ni compatibilidad ABO. No obstante, dado que el PCC no contiene todos los factores de coagulación presentes en el plasma congelado, aún se desconoce si puede restaurar efectivamente la hemostasia en pacientes con sangrado excesivo debido a la reducción generalizada de estos factores, sin aumentar el riesgo de complicaciones tromboembólicas.

El **estudio FARES-II** fue un ensayo clínico aleatorizado, no cegado y controlado de no inferioridad realizado en 12 hospitales de Canadá y Estados Unidos, que incluyó a adultos (≥ 18 años) con sangrado relacionado con deficiencia de factores de coagulación tras la finalización del bypass cardiopulmonar durante la cirugía.

Se incluyeron 528 pacientes de los cuales 265 fueron aleatorizados para recibir PCC (1500 UI si pesaban ≤ 60 kg; 2000 UI si pesaban > 60 kg) y 263 pacientes recibieron plasma congelado (3 U si pesaban ≤ 60 kg; 4 U si pesaban > 60 kg) en la sala de operaciones. Se permitió una segunda dosis dentro de las siguientes 24 horas, si estaba indicada; después de ese tiempo, solo se podía utilizar plasma congelado.

El resultado primario fue la respuesta hemostática (efectiva si no hubo intervenciones hemostáticas desde 60 minutos hasta 24 horas después del inicio del tratamiento).

De los 528 pacientes aleatorizados, 420 pacientes fueron incluidos en el análisis primario. La edad media era de 66 años con un 74% de hombres y del total, el 70% se sometieron a cirugías complejas.

En comparación con los pacientes del grupo de plasma congelado, los pacientes del grupo PCC tuvieron una mayor efectividad hemostática (77.9% vs 60.4%; diferencia, 17.6%; IC 95%, 8.7%-26.4%; $P < .001$ para no inferioridad y superioridad) y recibieron menos transfusiones, incluidas unidades de glóbulos rojos, plaquetas y plasma

congelado no investigacional (media, 6.6 unidades; IC 95%, 5.7-7.7 vs 9.3 unidades; IC 95%, 8.0-10.8; diferencia, 2.7; IC 95%, 1.0-4.4; P = .002).

Además, los pacientes del grupo PCC presentaron un riesgo significativamente menor de eventos adversos graves (36.2% vs. 47.3%, RR 0.76; IC 95%, 0.61-0.96; P = .02) y de insuficiencia renal aguda (10.3% vs. 18.8%, RR, 0.55; IC 95%, 0.34-0.89; P = .02).

En resumen, el concentrado de complejo protrombínico de 4 factores mostró una mayor eficacia hemostática y ventajas de seguridad en comparación con el plasma congelado en pacientes que requirieron reemplazo de factores de coagulación para el sangrado durante la cirugía cardíaca.

Los resultados fueron publicados simultáneamente en [JAMA](#).

Referencia:

[Prothrombin Complex Concentrate vs Frozen Plasma for Coagulopathic Bleeding in Cardiac Surgery](#)

4. ESTUDIO HOST-BR

Estudio de aleatorización estratificada para comparar la duración de la terapia dual antiplaquetaria tras la colocación de un stent coronario en poblaciones de alto o bajo riesgo de sangrado.

La **doble antiagregación plaquetaria** (DAP) es un pilar fundamental en la prevención de eventos adversos luego de la angioplastia coronaria con implante de stent. Sin embargo, la duración óptima de este tratamiento es un tema de debate en la práctica clínica.

El **estudio HOST-BR** fue un estudio iniciado por investigadores realizado en Corea del Sur que incluyó 4.897 pacientes, de los cuales 1.598 presentaban alto riesgo de sangrado (ARS). La edad promedio de los pacientes con ARS fue de 73.8 años y el 33.5% eran mujeres, mientras que en el grupo de bajo riesgo de sangrado (BRS) la edad promedio fue de 63.2 años y el 20.9% eran mujeres.

Los pacientes con ARS fueron aleatorizados a recibir **1 mes** (798 pacientes) o **3 meses** (800 pacientes) de DAP, mientras que aquellos con BRS recibieron **3 meses** (1,649 pacientes) o **12 meses** (1,650 pacientes) de DAP.

La elección del inhibidor de P2Y12 durante la DAP o como monoterapia después de esta fue a discreción del médico tratante.

Los investigadores evaluaron tres objetivos primarios:

1. **Eventos clínicos adversos netos (NACE)**, que incluyen muerte, infarto agudo de miocardio (IAM), trombosis del stent, accidente cerebrovascular (ACV) o sangrado mayor.
2. **Eventos adversos cardíacos o cerebrales mayores (MACCE)**, que comprenden enfermedades cardiovasculares, IAM, trombosis del stent o ACV isquémico.
3. **Sangrado significativo** a los 12 meses.

Resultados en el Grupo con Alto Riesgo de Sangrado

En el grupo con ARS, aquellos que recibieron tres meses de DAP tuvieron menores tasas de NACE y MACCE en comparación con los que recibieron un mes de DAP (14.4% vs. 18.4%; 6.4% vs. 10.3%, respectivamente). Sin embargo, no se observó una diferencia significativa en los episodios de sangrado (17.9% para el régimen de tres meses frente a 15.6% para el de un mes).

Resultados en el Grupo con Bajo Riesgo de Sangrado

En el grupo BRS, los resultados de NACE y MACCE fueron similares entre los dos regímenes de DAP (3 meses frente a 12 meses) (4% vs. 5.7%; 2.5% vs. 2.8%, respectivamente). No obstante, el grupo que recibió tres meses de DAP presentó una tasa significativamente menor de sangrados que el grupo que recibió 12 meses (9.2% vs. 13.7%).

En resumen, un régimen de tres meses de doble antiagregación plaquetaria después de una angioplastia con stent fue más efectivo que un régimen de un mes para reducir los eventos adversos, sin aumentar el riesgo de sangrado en pacientes con alto riesgo de sangrado. Además, en pacientes con bajo riesgo de sangrado, un régimen de tres meses resultó superior a uno de 12 meses en cuanto a la reducción del riesgo de sangrado y comparable en la reducción de eventos adversos.

5. ESTUDIO ADVANCE-HTN

Eficacia de Lorundrostat en Pacientes con Hipertensión Arterial no Controlada.

La **hipertensión arterial** continúa siendo uno de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, como infartos, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia cardíaca. A pesar de los avances en el tratamiento antihipertensivo, una proporción considerable de pacientes no logra controlar adecuadamente su presión arterial con los fármacos disponibles. En este contexto, la búsqueda de nuevas opciones terapéuticas es crucial, especialmente para aquellos que padecen hipertensión resistente al tratamiento.

El **lorundrostat**, un inhibidor de la aldosterona sintasa, se presenta como una clase innovadora de medicamentos para reducir la presión arterial. La reducción de la producción de la aldosterona a través de la inhibición de la aldosterona sintasa, en lugar de bloquear el receptor mineralocorticoide, podría evitar efectos adversos.

El estudio ADVANCE-HTN fue un ensayo clínico de **fase 2b**, doble ciego, que evaluó los efectos del lorundrostat sobre la presión arterial sistólica (PAS) en pacientes con hipertensión no controlada.

El estudio incluyó a 285 pacientes con hipertensión arterial no controlada a pesar de estar tomando entre 2 a 5 fármacos hipotensores con una edad promedio de 60 años (40% mujeres, 53% de origen afroamericano), quienes fueron asignados aleatoriamente a tres grupos después de un periodo de tres semanas recibiendo medicación estándar para la presión arterial: placebo, lorundrostat 50 mg diarios, y lorundrostat 50 mg diarios con posibilidad de aumentar la dosis a 100 mg si la presión arterial seguía descontrolada tras cuatro semanas. En el grupo con aumento de dosis, el 20% de los pacientes recibieron la dosis elevada.

A las 4 y 12 semanas, los pacientes fueron evaluados mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial durante 24 horas.

A las 4 semanas, el 42% de los pacientes en los grupos de tratamiento ya tenían la presión sistólica bajo control, frente al 19% en el grupo placebo.

En el punto final primario, la reducción promedio de la PAS a las 12 semanas fue significativamente mayor en los grupos de tratamiento en comparación con el placebo: una reducción de 15.4 mm Hg en el grupo de 50 mg de lorundrostat, 13.9 mm Hg en el grupo de 50-100 mg y 7.4 mm Hg en el grupo placebo.

Los resultados en los *puntos finales secundarios*, que incluyeron la medición de la PAS en consultorio médico a las 4 y 12 semanas, mostraron patrones similares.

Los efectos secundarios fueron comparables a los de otros medicamentos antihipertensivos, con algunos pacientes experimentando un aumento en los niveles de potasio y una disminución en la tasa de filtración glomerular.

No se observaron diferencias en la respuesta al tratamiento entre los subgrupos raciales.

En resumen, lorundrostat demostró una reducción significativa de la presión arterial sistólica en pacientes con hipertensión no controlada, lo que sugiere que este medicamento podría ser una herramienta valiosa en el tratamiento de la hipertensión resistente. Si bien los resultados de este ensayo clínico son prometedores, es necesario realizar más estudios para confirmar su eficacia y seguridad a largo plazo.