

CONGRESO ACC 2024

DÍA 1



Comienza una nueva edición del Congreso del American College of Cardiology (ACC) 2024 en la ciudad de Atlanta, Estados Unidos. Este año, el ACC celebra sus 75 años de historia, y como siempre, reúne a líderes y expertos en cardiología de todo el mundo.

Durante tres días, se compartirán los últimos avances en una amplia gama de temas relacionados con la cardiología, desde la prevención, el diagnóstico hasta las distintas modalidades de tratamiento.

Entre las sesiones más esperadas se encuentran los 'Late-Breaking Clinical Trial', donde se presentarán los resultados de ensayos clínicos que pueden transformar la práctica clínica.

NOLTER se complace en acercarles las novedades de los trabajos científicos más relevantes que se presentarán durante el Congreso ACC 2024. A continuación compartimos los estudios presentados durante el primer día.

ÍNDICE

1. **Estudio RELIEVE-HF:** Derivación interauricular en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida y preservada.
2. **Estudio EMPACT-MI:** Empagliflozina luego de un infarto agudo de miocardio.
3. **Estudio AEGIS-II:** CSL 112 y eventos cardiovasculares en pacientes con infarto agudo de miocardio.
4. **Estudio VICTORION-INITIATE:** Estrategia de “Inclisirán Primero” con la atención habitual en pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica.
5. **Estudio Step-HFpEF Dm:** Semaglutida una vez a la semana en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada, obesidad y diabetes tipo 2.
6. **Estudio TELE-ACS:** Evaluación aguda remota de pacientes con alto riesgo cardiovascular post-síndrome coronario agudo.

1. ESTUDIO RELIEVE-HF

Derivación interauricular en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida y preservada.

La insuficiencia cardíaca (IC) representa la fase terminal de la mayoría de las cardiopatías, y a pesar de los avances en su tratamiento, continua imponiendo una carga significativa tanto para los pacientes como para los sistemas de salud a nivel mundial. La disnea, causada por la congestión pulmonar debido a la elevación de la presión en la aurícula izquierda, es la principal causa de hospitalización en estos pacientes.

El sistema de derivación interauricular V-Wave, un dispositivo en fase de investigación, ha recibido la designación de dispositivo innovador por parte de la FDA y la marca CE en la Comunidad Europea.

Este dispositivo está diseñado para crear un pequeño flujo sanguíneo desde la aurícula izquierda (AI) hacia la aurícula derecha (AD), con el objetivo de reducir presión en la AI sin sobrecargar al corazón derecho.

El estudio RELIEVE-HF, fue diseñado con el propósito de evaluar la seguridad y eficacia de la segunda generación del sistema de derivación interauricular V-Wave en la mejora de los resultados clínicos en pacientes con IC en CF II-IV de la NYHA, independientemente de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), que inicialmente recibieron tratamiento con fármacos y dispositivos basados en las recomendaciones de las guías clínicas.

Este estudio fue un ensayo clínico prospectivo, multicéntrico, aleatorizado que asignó al azar en una proporción 1:1 a 508 pacientes con IC avanzada para recibir un implante de sistema de derivación interauricular V-Wave (n=250) o un procedimiento control (n=258).

El punto final primario de efectividad fue una comparación entre los grupos del ranking compuesto jerárquico de: muerte por todas las causas, trasplante cardíaco o implantación de dispositivo de asistencia ventricular izquierda (DAVI), hospitalizaciones por IC en general, todos los eventos de empeoramiento de IC en consulta externa, cambio en el KCCQ-OS desde el inicio hasta los 12 meses (diferencia mínima de 5 puntos).

Los resultados mostraron que no hubo diferencias significativas en la incidencia de los eventos cardiovasculares evaluados en el grupo intervención y el grupo control (tasa de eventos anualizada 55.7% vs. 56%, respectivamente, p=0.96), ni en los eventos individuales.

Tampoco se observaron diferencias significativas en los síntomas medidos por el cambio del KCCQ-OS desde el inicio hasta los 12 meses (9.4 ± 21.6 vs. 10.2 ± 21.3 , $p=0.74$).

Además, para el resultado primario de seguridad (muerte por todas las causas, accidente cerebrovascular, embolia sistémica o necesidad de cirugía cardíaca abierta o reparación quirúrgica endovascular) no se observaron eventos cardiovasculares o neurológicos adversos importantes relacionados con el dispositivo o el procedimiento en ninguno de los grupos.

Un análisis estratificado predefinido evaluó los eventos cardiovasculares según la FEVI $\leq$ 40% o $>40\%$.

Se observó que en aquellos pacientes con FEVI $\leq 40\%$, el implante del shunt interauricular redujo significativamente los eventos cardiovasculares (tasa anualizada de eventos: 49% vs. 88.6%, $p < 0.0001$). Sin embargo, en el grupo con FEVI conservada se observó un aumento significativo de los eventos cardiovasculares (60.2% vs. 35.9%, $p = 0.0001$).

En resumen, el estudio RELIEVE-HF demostró que el sistema de derivación interauricular V-Wave fue seguro, pero no redujo los síntomas ni mejoró el pronóstico durante 2 años en pacientes con insuficiencia cardíaca en todo el rango de FEVI.

Los resultados de un análisis estratificado predefinido sugieren que el implante del shunt interatrial es beneficioso en pacientes con FEVI reducida y perjudicial en pacientes con FEVI preservada.

2. ESTUDIO EMPACT-MI

Empagliflozina luego de un infarto agudo de miocardio.

Los pacientes que sufren un **infarto agudo de miocardio** (IAM) presentan un riesgo elevado de desarrollar insuficiencia cardíaca (IC), lo que a su vez aumenta su riesgo de mortalidad. Se ha demostrado que los inhibidores del **cotransportador sodio-glucosa tipo 2** (iSGLT2) mejoran los resultados clínicos en pacientes con IC con fracción de eyección reducida (ICFER) y, en el caso de **empagliflozina**, también en pacientes con IC con fracción de eyección preservada (ICFEp), incluso sin diabetes. Sin embargo, no se ha evaluado aún su eficacia y seguridad en la población post IAM.

El estudio EMPACT-MI fue diseñado con el propósito de evaluar la seguridad y eficacia de empagliflozina en comparación con placebo en pacientes hospitalizados por IAM con o en alto riesgo de IC de nueva aparición, además de recibir la atención estándar.

Los pacientes eran elegibles para ingresar al estudio dentro de los 14 días del alta por un IAM con o sin elevación del segmento ST, si presentaban además *alto riesgo de IC* definido por síntomas (disnea, disminución de la tolerancia al ejercicio, fatiga) o signos de congestión que requieran tratamiento en cualquier momento durante la hospitalización o si tenían una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (**FEVI**) **< 45%** y al menos un factor de riesgo adicional para el desarrollo de futuro de IC.

El *punto final primario* fue el tiempo transcurrido hasta la primera hospitalización por IC o mortalidad por cualquier causa.

Se incluyeron un total de 6.522 pacientes de los cuales 3.260 fueron asignados para recibir empagliflozina y 3.262 para recibir placebo, además del tratamiento estándar, dentro de los 14 días siguientes al ingreso hospitalario por un IAM. La edad media era de 63 años, con un 24.9% de mujeres.

El 78.4% de los pacientes tenían una FEVI <45% y el 57% presentaban signos o síntomas de congestión que requirió tratamiento durante la hospitalización índice.

El 75% de los pacientes presentaban un IAM con elevación del ST y en el 89.3% de los pacientes se realizó una revascularización del IAM índice.

La mediana de tiempo desde la admisión a la aleatorización fue de 5 días.

No se observaron diferencias significativas en el punto final primario entre el grupo asignado a empagliflozina y placebo (8.2% vs. 9.1%, HR 0.90, IC95%: 0.76-1.06, p=0.21).

Respecto a los componentes individuales del punto final primario, la primera hospitalización por IC ocurrió en el 3.6% del grupo empagliflozina y en 4.7% del grupo de placebo (HR, 0.77; IC 95%, 0.60-0.98), y la muerte por cualquier causa ocurrió en el 5.2% del grupo de empagliflozina y en el 5.5% del grupo de placebo (HR, 0.96; IC 95%, 0.78-1.19).

Los resultados fueron similares en todos los análisis de sensibilidad para el punto final primario.

Los eventos adversos fueron consistentes con el perfil de seguridad conocido de la empagliflozina y fueron similares en los dos grupos del ensayo.

En conclusión, en pacientes con riesgo aumentado de insuficiencia cardíaca luego de un infarto agudo de miocardio, el tratamiento con empagliflozina no redujo el riesgo de una primera hospitalización por insuficiencia cardíaca o muerte por cualquier causa en comparación con el placebo.

Los resultados fueron publicados simultáneamente en NEJM.

Fuente:

Empagliflozin after Acute Myocardial Infarction. DOI: 10.1056/NEJMoa2314051

3. ESTUDIO AEGIS-II

CSL 112 y eventos cardiovasculares en pacientes con infarto agudo de miocardio.

Los pacientes que han experimentado un **infarto agudo de miocardio** (IAM) continúan presentando un elevado riesgo de recurrencia.

El **transporte inverso de colesterol** es un proceso que elimina el exceso de colesterol de la placa aterosclerótica y lo transporta al hígado para su excreción. El primer paso de este proceso, conocido como **eflujo de colesterol**, es mediado por la apolipoproteína A-I (apo A-I), el principal componente proteico de las lipoproteínas de alta densidad (HDL).

Se ha observado que una disminución en el eflujo de colesterol está asociada con tasas más elevadas de eventos cardiovasculares (CV) tanto en pacientes con enfermedad coronaria estable como en aquellos que han experimentado un IAM reciente.

Después de un síndrome coronario agudo (SCA), el eflujo de colesterol disminuye, alcanzando los niveles más bajos alrededor de 2 a 5 días después del evento, antes de volver a la línea base aproximadamente 30 días después.

Durante la fase aguda posterior a un SCA, la carga proteica de las partículas nativas de HDL puede verse alterada o los lípidos pueden oxidarse, lo que reduce la eficiencia del eflujo de HDL. Una nueva formulación intravenosa de apoA-I derivada de plasma humano, que aumenta de manera robusta el eflujo de colesterol con aumentos relativamente modestos en apoA-I, puede ser menos susceptible a tales modificaciones agudas y podría retener su funcionalidad durante este período. Por lo tanto, se ha sugerido que las terapias farmacológicas que aumentan la apoA-I y mejoran la capacidad de eflujo de colesterol pueden ser beneficiosas entre los pacientes post-IAM.

CSL112, una nueva formulación intravenosa de apolipoproteína A-I humana, derivada de plasma, que aumenta la capacidad de eflujo de colesterol evaluada en el estudio AEGIS-II.

Se trata de un ensayo de fase 3, multicéntrico, doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo y de grupos paralelos, diseñado para evaluar la seguridad y eficacia de 4 infusiones semanales de CSL112 en comparación con placebo para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares mayores (MACE) a 90 días.

Los pacientes elegibles para participar eran aquellos que habían experimentado un IAM con enfermedad de múltiples vasos y presencia de diabetes que requería tratamiento o ≥ 2 de los siguientes: edad ≥ 65 años, IAM previo o enfermedad arterial periférica.

Se incluyeron un total de 17.400 participantes que fueron aleatorizados en una proporción 1:1 para recibir 4 infusiones semanales de CSL112 6 g o placebo, iniciadas antes o el mismo día del alta y dentro de los 5 días posteriores al primer contacto médico por el IAM.

El *punto final primario* fue el tiempo transcurrido hasta la primera aparición de la combinación de muerte cardiovascular, IAM o accidente cerebrovascular (ACV) a 90 días.

Se incluyeron 18.219 pacientes, 9.112 en el grupo CSL112 y 9107 en el grupo placebo.

La edad media de los pacientes fue de 65.5 años y un 74.1% eran hombres.

Los pacientes se encontraban recibiendo un tratamiento adecuado con la medicación recomendada por las guías clínicas, incluido el tratamiento antiagregante plaquetario dual y estatinas y la mayoría (88,0%) se había sometido a una angioplastia coronaria por el evento índice.

No hubo diferencia significativa entre los grupos en el riesgo de un evento del punto final primario a los 90 días de seguimiento (4.8% en el grupo CSL112 vs. 5.2% en el grupo placebo; HR 0.93; IC95%: 0.81- 1.05; P=0.24), a los 180 días de seguimiento (6.9% vs. 7.6%; HR 0.91; IC 95%, 0.81-1.01), o a los 365 días de seguimiento (9.8% vs. 14.4 10.5%; HR 0.93; IC 95%, 0.85-1.02).

Los resultados fueron consistentes a lo largo de múltiples subgrupos analizados.

El porcentaje de pacientes con eventos adversos fue similar en los dos grupos; se reportó un mayor número de eventos de hipersensibilidad en el grupo CSL112.

En resumen, entre los pacientes con infarto agudo de miocardio, enfermedad coronaria de múltiples vasos y factores de riesgo cardiovascular adicionales, cuatro infusiones semanales de CSL112 no resultaron en un menor riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o muerte por causas cardiovasculares que el placebo a 90 días.

Fuente:

Apolipoprotein A1 Infusions and Cardiovascular Outcomes after Acute Myocardial Infarction. DOI: 10.1056/NEJMoa2400969

4. ESTUDIO VICTORION-INITIATE

Estrategia de “Inclisirán Primero” con la atención habitual en pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica.

A pesar de los numerosos ensayos clínicos que demuestran la mejora de los eventos cardiovasculares con la reducción intensiva del C-LDL, los estudios de la vida real sistemáticamente muestran que hasta el 80% de los pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) no alcanzan los objetivos de C-LDL. Entre los factores atribuibles se incluyen la inercia clínica, la falta de adherencia y los efectos secundarios.

Inclisirán es un ARN pequeño de interferencia que inhibe la producción hepática de PCSK9, lo que conduce a una reducción marcada y sostenida del C-LDL. En comparación con placebo, inclisirán ha demostrado ser seguro, tolerable y eficaz para reducir el C-LDL en pacientes con ECVA.

El estudio VICTORION-INITIATE fue un estudio prospectivo de diseño pragmático diseñado para evaluar la eficacia de una estrategia de ‘inclisirán primero’ en comparación con la atención habitual en una población de ECVA.

Esta estrategia se definió como la adición de inclisirán inmediatamente después de no alcanzar un C-LDL <70 mg/dL a pesar de recibir estatinas a dosis máximas toleradas. En la rama de atención habitual, el tratamiento hipolipemiante quedaba a discreción del médico tratante.

Los pacientes elegibles para participar eran aquellos con antecedentes de ECVA (cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular isquémica o enfermedad arterial periférica) con un C-LDL $\geq$ 70 mg/dL o un C-noHDL $\geq$ 100 mg/dL, a pesar del tratamiento con dosis máximas toleradas de estatinas.

El punto final primario fue el cambio porcentual del C-LDL con respecto al valor basal, así como la proporción de pacientes que dejan de tomar estatinas durante los 330 días del estudio.

Se incluyeron 450 pacientes que fueron aleatorizados en una proporción 1:1 a recibir inclisirán (284 mg en los días 0, 90 y 270) más atención habitual frente a la atención habitual sola.

La mediana de edad de la población fue de 67 años, con un 30.9% de mujeres. Los niveles basales medios de C-LDL fueron de 97,4 mg/dL.

La estrategia “inclisirán primero” condujo a reducciones significativamente mayores del C-LDL desde el valor basal hasta el día 330 frente a la atención habitual (60% vs. 7,0%; $p < 0,001$).

Entre los pacientes sin antecedentes de intolerancia a las estatinas, las tasas de interrupción de estatinas fueron del 6% en el grupo ‘inclisirán primero’ y del 16.7% con la atención habitual, situándose dentro del margen de no inferioridad.

Además, más pacientes del grupo “inclisiran primero” alcanzaron los objetivos de C-LDL frente a la atención habitual (<70 mg/dL: 81,8% vs. 22,2%; <55 mg/dL: 71,6% vs. 8,9%; $p<0,001$).

El tratamiento con la estrategia “inclisiran primero” produjo una mayor reducción media porcentual y absoluta desde el inicio hasta el día 330 en el colesterol total, el C-no HDL, el C-VLDL, los triglicéridos, la apoB y la Lp (a), y un mayor aumento desde el inicio hasta el día 330 en el C-HDL en comparación con la atención habitual.

Las tasas de eventos adversos emergentes del tratamiento (EAET) y de EAET graves fueron similares entre las estrategias de tratamiento (62,8% vs. 53,7% y 11,5% vs. 13,4%, respectivamente).

Los EAET en el sitio de inyección y los EAET que provocaron la interrupción del tratamiento fueron más frecuentes con “inclisiran primero” que con la atención habitual (10,3% vs. 0% y 2,6% vs. 0,5%, respectivamente).

En conclusión, una estrategia de implementación de “inclisiran primero” condujo a una mayor reducción del C-LDL en comparación con la atención habitual sin interrumpir el uso de estatinas, ni plantear nuevos problemas de seguridad.

Los resultados fueron publicados simultáneamente en JACC.

Fuente:

An Inclisiran First Strategy vs Usual Care in Patients with Atherosclerosis. DOI: 10.1016/j.jacc.2024.03.382

5. ESTUDIO STEP-HFPEF DM

Semaglutida una vez a la semana en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada, obesidad y diabetes tipo 2.

La mayoría de los pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFEp) presentan el fenotipo de obesidad; sin embargo, hasta ahora no se han desarrollado tratamientos dirigidos específicamente a la obesidad en esta condición.

El estudio STEP-HFpEF DM evaluó la seguridad y eficacia de semaglutida en pacientes con ICFEp obesos y con diabetes tipo 2.

Se trata de un estudio clínico multicéntrico, doble ciego y controlado con placebo que aleatorizó a adultos con ICFEp y un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m² para recibir tratamiento con semaglutida una vez a la semana a una dosis de 2.4 mg o placebo.

Los participantes eran elegibles si tenían una fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) $\geq 45\%$, CF II-IV de la NYHA; una puntuación en el Cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City (KCCQ) -Puntuación de Resumen Clínico (CSS) < 90 puntos; y ≥ 1 de los siguientes criterios: presiones de llenado elevadas, péptidos natriuréticos elevados, más anomalías ecocardiográficas estructurales, hospitalización reciente por IC más uso continuado de diuréticos, y/o anomalías estructurales.

Los criterios de valoración primarios fueron la variación con respecto al valor basal de la puntuación del KCCQ-CSS (las puntuaciones oscilan entre 0 y 100; las puntuaciones más altas indican menos síntomas y limitaciones físicas) y la variación del peso corporal.

Los criterios de valoración secundarios confirmatorios incluyeron el cambio en la distancia caminada de 6 minutos; un criterio de valoración compuesto jerárquico que incluía la muerte, los episodios de insuficiencia cardíaca y las diferencias en el cambio en el KCCQ-CSS y la distancia caminada de 6 minutos; y el cambio en el nivel de proteína C reactiva (PCR).

Se aleatorizó a un total de 616 participantes, de los cuales 310 fueron asignados a recibir semaglutida y 306 placebo.

La edad media de los participantes fue de 69 años, con un 44.3% de mujeres. La mediana de peso fue 102.7 kg y de IMC 36.9 kg/m², con un 64.3% de participantes con un IMC ≥ 35 kg/m². La mediana de KCCQ-CSS fue 59.4 puntos y la mediana de la distancia caminada en 6 minutos fue de 280 m, con una mediana de duración de la diabetes tipo 2 de 8 años.

El cambio medio en el KCCQ-CSS fue de 13,7 puntos con semaglutida y de 6,4 puntos con placebo ($P < 0,001$), y el cambio porcentual medio en el peso corporal fue de -9,8% con semaglutida y de -3,4% con placebo (diferencia estimada, -6,4 puntos porcentuales; IC del 95%, -7,6 a -5,2; $P < 0,001$).

Los resultados de los criterios de valoración secundarios confirmatorios favorecieron a semaglutida frente a placebo (diferencia estimada entre grupos en el cambio de la distancia caminada de 6 minutos, 14,3 m; $p = 0,008$; cociente de ganancias para el criterio de valoración compuesto jerárquico, 1,58, $p < 0,001$]; y cociente de tratamientos estimado para el cambio del nivel de PCR, 0,67; $p < 0,001$).

Se notificaron acontecimientos adversos graves en el 17,7% del grupo de semaglutida y en el 28,8% del grupo de placebo.

En resumen, entre los pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada relacionada con la obesidad y diabetes de tipo 2, la semaglutida produjo mayores reducciones de los síntomas relacionados con la insuficiencia cardíaca y una mayor pérdida de peso que el placebo al cabo de 1 año.

Los resultados fueron publicados simultáneamente en NEJM.

Fuente:

Semaglutide in Patients with Obesity-Related Heart Failure and Type 2 Diabetes. DOI: 10.1056/NEJMoa2313917

6. ESTUDIO TELE-ACS

Evaluación aguda remota de pacientes con alto riesgo cardiovascular post-síndrome coronario agudo

En todo el mundo, aproximadamente el 7% de los pacientes que experimentan un síndrome coronario agudo (SCA) fallecen en el mes siguiente al alta hospitalaria, mientras que hasta una cuarta parte son readmitidos, y casi la mitad de estos reingresos se deben a dolor torácico no cardíaco. Por lo tanto, los sistemas de salud enfrentan el desafío de desarrollar e implementar sistemáticas de cuidado post-alta, que permitan mejorar los resultados clínicos y reducir la utilización innecesaria del sistema de salud.

Los programas de telemedicina pueden proporcionar información diagnóstica a distancia para ayudar en la toma de decisiones clínicas, lo que podría optimizar la atención y reducir las readmisiones no planificadas luego de un SCA.

El estudio TELE-ACS fue un ensayo controlado y aleatorizado que evaluó un enfoque basado en la telemedicina para proporcionar información diagnóstica a distancia, clínicamente necesaria, sin necesidad de asistencia hospitalaria a pacientes dados de alta luego de un infarto agudo de miocardio con o sin elevación del segmento ST, sometidos a angioplastia coronaria, además de un factor de riesgo adicional: tabaquismo actual o previo, hipertensión, diabetes, dislipemia o edad >50 años.

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente en una proporción 1:1 al grupo de intervención o al de atención rutinaria estándar.

En el grupo de intervención, los pacientes recibieron un paquete de telemonitorización y entrenamiento antes del alta hospitalaria. Este equipo incluía un cinturón de ECG de 12 derivaciones, un tensiómetro automático y un pulsioxímetro.

Cuando los pacientes del grupo intervención presentaban síntomas que consideraban potencialmente cardíacos, recibían una llamada telefónica para recopilar más datos clínicos, antes de que un cardiólogo se pusiera en contacto con el paciente para ofrecerle asesoramiento médico.

Luego de la evaluación clínica y del ECG, el cardiólogo sugería: seguimiento clínico, ponerse en contacto con su médico de atención primaria, acudir a un servicio de emergencias, llamar por teléfono a los servicios de emergencias médicas.

Los pacientes del grupo control, siguieron su tratamiento habitual, acudiendo a los servicios de atención primaria o de urgencias.

El punto final primario fue el tiempo hasta la primera readmisión a los 6 meses.

Como eventos secundarios, se evaluaron las visitas al servicio de urgencias, los eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) y los síntomas notificados por los pacientes.

Se aleatorizaron 337 pacientes entre enero de 2022 y abril de 2023, con una tasa de abandono del 3.6%. La edad media de los participantes fue de 58.1 años y un 86.1% eran hombres.

La rama telemedicina presentó una menor tasa de reingresos a los 6 meses (HR 0.24, IC95%: 0.13-0.44, $p<0.001$) y de asistencia a urgencias (HR 0.59, IC95%: 0.40-0.89) y una menor tasa de revascularizaciones coronarias no planificadas (3% en la rama telemedicina vs. 9% en la rama control).

La aparición de dolor torácico (9% vs. 24%), disnea (21% vs. 39%) y mareos (6% vs. 18%) a los 6 meses fue significativamente menor en el grupo telemedicina.

En conclusión, un enfoque basado en la telemedicina para el tratamiento de pacientes luego de un SCA se asoció con una reducción de los reingresos hospitalarios, las visitas a urgencias, la revascularización coronaria no planificada y los síntomas notificados por los pacientes.

Estos resultados resaltan el potencial de la telemedicina para mejorar los cuidados de los pacientes luego de un SCA, al mejorar la toma de decisiones y reducir la necesidad de cuidados hospitalarios.

Los resultados fueron publicados simultáneamente en JACC.

Fuente:

Remote Acute Assessment of Cardiac Patients Post-Acute Coronary Syndrome (TELE-ACS): A Randomized Controlled Trial. DOI: 10.1016/j.jacc.2024.03.398