



# Mi Universidad

## Ensayo

*Ramón de Jesús Aniceto Mondragón*

*Parcial I*

*Cardiología*

*Dr. Alonso Díaz Reyes*

*Medicina Humana*

*Quinto Semestre*

*Comitán de Domínguez, Chiapas a 5 de Septiembre de 2025*

La actualización 2023 de la Guía ESC para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca responde a la aparición de nueva evidencia que influye en la práctica clínica antes de la publicación de una nueva edición completa. El documento incorpora estudios recientes que han cambiado las recomendaciones para insuficiencia cardíaca crónica con fracción de eyección ligeramente reducida (IC-FEIr) y preservada (IC-FEp), así como estrategias de manejo en insuficiencia cardíaca aguda y en la prevención asociada a comorbilidades como enfermedad renal crónica y diabetes mellitus tipo 2.

En insuficiencia cardíaca crónica, la clasificación se mantiene en tres categorías según la fracción de eyección: reducida (IC-FEr,  $\leq 40\%$ ), ligeramente reducida (41-49%) y preservada ( $\geq 50\%$ ). Para IC-FEIr e IC-FEp, en 2021 no existía recomendación firme sobre terapias modificadoras de la enfermedad, especialmente porque los estudios no habían demostrado reducción significativa de mortalidad cardiovascular. Entre 2021 y 2023 se publicaron dos ensayos clave: EMPEROR-Preserved y DELIVER. Ambos evaluaron inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2), empagliflozina y dapagliflozina, en pacientes con fracción de eyección  $>40\%$  y concentraciones elevadas de péptidos natriuréticos.

En EMPEROR-Preserved participaron casi 6 mil pacientes, y en DELIVER más de 6 mil. En ambos, la intervención redujo el criterio combinado de muerte cardiovascular u hospitalización por insuficiencia cardíaca con hazard ratio cercano a 0,80, con beneficio explicado principalmente por la reducción de hospitalizaciones. No hubo impacto estadísticamente significativo en mortalidad cardiovascular. El efecto se observó independientemente de la presencia de diabetes y a lo largo de todo el rango de fracción de eyección estudiado. Con base en esta evidencia, la guía otorga recomendación clase I, nivel A, al uso de dapagliflozina o empagliflozina en IC-FEIr e IC-FEp para reducir hospitalizaciones y, en menor medida, muerte cardiovascular.

En insuficiencia cardíaca aguda, la guía actualiza su visión sobre diuréticos y estrategias de manejo hospitalario. El estudio ADVOR evaluó la adición de

acetazolamida intravenosa a diuréticos de asa en pacientes con sobrecarga de volumen, logrando descongestión más rápida y menor estancia hospitalaria, aunque sin diferencias en mortalidad. El estudio CLOROTIC probó hidroclorotiazida oral asociada a furosemida intravenosa, logrando mayor pérdida de peso pero sin beneficio en síntomas o eventos clínicos y con más deterioro de función renal.

La introducción temprana de inhibidores SGLT2 en insuficiencia cardiaca aguda estabilizada se evaluó en el estudio EMPULSE. Administrar empagliflozina a pacientes hospitalizados mejoró un criterio combinado de beneficio clínico a 90 días, con seguridad comparable a placebo y sin relación con la fracción de eyección o la presencia de diabetes. Esto respalda el inicio temprano de la terapia en el ingreso, siempre que el paciente esté hemodinámicamente estable.

En estrategias de manejo, el estudio STRONG-HF demostró que iniciar y titular rápidamente tratamiento basado en evidencia (IECA o ARA o INRA, bloqueador beta, antagonista mineralcorticoide) antes del alta y con seguimiento intensivo en las primeras seis semanas reduce reingresos y muerte por cualquier causa. Este protocolo incluía consultas semanales con ajuste de dosis y monitoreo clínico y analítico, logrando tasas más altas de uso de dosis objetivo. La recomendación clase I nivel B indica aplicar este enfoque en pacientes hospitalizados, vigilando especialmente síntomas de congestión, presión arterial, frecuencia cardiaca, péptidos natriuréticos, potasio y función renal.

En comorbilidades, la actualización enfatiza la prevención de insuficiencia cardiaca en pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes tipo 2. El estudio DAPA-CKD y EMPA-KIDNEY confirmaron que los inhibidores SGLT2 reducen progresión de enfermedad renal y eventos cardiovasculares, con efecto consistente en reducción de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca, incluso en no diabéticos en el primero. La guía recomienda su uso en pacientes con diabetes y enfermedad renal crónica con filtrado glomerular por encima de 20-25 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

La finerenona, un antagonista mineralcorticoide no esteroideo, se evaluó en FIDELIO-DKD y FIGARO-DKD. Ambos estudios incluyeron pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad renal crónica, tratados ya con inhibidores del sistema renina-

angiotensina. La finerenona redujo un criterio compuesto de eventos cardiovasculares y renales, con beneficio en reducción de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca, aunque sin impacto en mortalidad cardiovascular. El análisis conjunto confirmó estos efectos, lo que llevó a una recomendación clase I nivel A para su uso en este grupo.

En el manejo del déficit de hierro, la guía recuerda que su diagnóstico se basa en ferritina  $<100 \mu\text{g/L}$  o saturación de transferrina  $<20\%$ , y su tratamiento intravenoso mejora síntomas, capacidad funcional y calidad de vida. El estudio IRONMAN, con derisomaltosa férrica intravenosa, sugirió beneficio en reducción de hospitalizaciones, aunque el criterio principal no alcanzó significación estadística debido a interrupciones por la pandemia. Se mantiene la recomendación de reponer hierro por vía intravenosa en pacientes sintomáticos con déficit documentado.

La estructura de las recomendaciones en la guía mantiene la clasificación por clases y niveles de evidencia. Clase I indica que la intervención está indicada y es beneficiosa, clase IIa que se debe considerar, clase IIb que se puede considerar con evidencia menos robusta, y clase III que no se recomienda. El nivel A implica datos de múltiples ensayos aleatorizados o metanálisis, B de un ensayo único o estudios grandes no aleatorizados, y C consenso de expertos o estudios pequeños. El impacto de esta actualización en la práctica clínica es claro. En insuficiencia cardiaca crónica con fracción de eyección ligeramente reducida o preservada, los inhibidores SGLT2 se convierten en terapia de primera línea para reducir hospitalizaciones, sin depender de la presencia de diabetes. En insuficiencia cardiaca aguda, se refuerza el inicio temprano de terapia dirigida y el uso de estrategias intensivas de seguimiento para evitar reingresos. En pacientes con diabetes y enfermedad renal crónica, se incorpora finerenona como herramienta preventiva de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca. Además, se afianza el papel de la corrección de déficit de hierro como parte integral del tratamiento.

La guía insiste en que las recomendaciones no sustituyen el juicio clínico individual. Cada paciente requiere ajuste de dosis, selección de fármacos y secuencia de introducción según tolerancia, comorbilidades y situación hemodinámica. También

resalta la importancia de la monitorización frecuente en fases iniciales y después de cambios terapéuticos, así como la educación del paciente para detectar signos de descompensación.

Referencia bibliográfica:

1. Sociedad Europea de Cardiología (2023). Actualización 2023 de la Guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. Recuperado de: (<https://doi.org/10.1093/eurheartj/>