



SÍNTESIS

Karla Alejandra de la Cruz Anzueto

Primer parcial

Cardiología

Dr. Alonso Díaz Reyes

Licenciatura en Medicina Humana

Quinto semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de Septiembre del 2025

INSUFICIENCIA CARDIACA

La insuficiencia cardiaca, es un tema de gran relevancia en la asignatura de cardiología, a que conocer su fisiopatología nos ayudara a identificar el cuadro clínico, así como que la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es un parámetro clave para clasificar y manejar la insuficiencia cardiaca (IC), ya que determina el pronóstico y la respuesta al tratamiento. Las guías recientes de Estados Unidos (AHA/ACC/HFSA) y Europa dividen la IC según la FEVI en cuatro categorías: reducida ($\leq 40\%$, IC-FEr), levemente reducida (41-49%, IC-FElr), conservada ($\geq 50\%$, IC-FEc) y mejorada (pacientes previamente con FEVI reducida que aumentan $>40\%$, IC-FEm). Para diagnosticar la IC en pacientes con FEVI levemente reducida o conservada se necesita demostrar elevación en las presiones de llenado ventricular, evaluadas mediante péptidos natriuréticos o estudios hemodinámicos. La FEVI debe considerarse una variable dinámica cuyo descenso en el tiempo implica peor pronóstico.

Las guías también destacan la importancia de los estadios preclínicos A (pacientes en riesgo por factores como hipertensión o diabetes, sin daño estructural) y B (pacientes con cardiopatía estructural sin síntomas). En estos estadios es fundamental la prevención para evitar el desarrollo de IC clínica. La medición de péptidos natriuréticos es esencial para el diagnóstico precoz y la estratificación del riesgo, así como para evaluar pronóstico en pacientes hospitalizados.

Tratamiento farmacológico en IC con FEVI reducida

El tratamiento estándar para IC-FEr se basa en la "terapia cuádruple", que incluye inhibidores de la neprilisina y del receptor de angiotensina (INRA, sacubitrilo-valsartán), bloqueadores beta, inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) y antagonistas del receptor mineralocorticoide (ARM). Estudios como EMPULSE y SOLOIST-WHF muestran que iniciar tempranamente empagliflozina reduce significativamente muerte, hospitalizaciones y mejoran la calidad de vida en pacientes hospitalizados por IC aguda. Otros estudios han evaluado la acetazolamida para descongestión, pero sin impacto claro en rehospitalización o mortalidad.

Existen diferencias entre guías europeas y estadounidenses en la recomendación del sacubitrilo-valsartán, que en EE.UU. se considera tratamiento de primera línea, mientras que en Europa se recomienda su uso principalmente como reemplazo del IECA. También divergen en el manejo de la hiperpotasemia: la guía estadounidense recomienda quelantes de potasio para facilitar la continuación de iSRAA en casos de hiperpotasemia importante, mientras la europea no establece recomendaciones específicas.

El vericiguat es un fármaco novedoso con recomendación limitada para pacientes con IC-FEr en progresión pese a tratamiento óptimo, aunque la definición de tratamiento óptimo varía entre guías. Respecto a la secuencia para iniciar

tratamiento, no hay consenso claro, pero algunas recomendaciones valoran priorizar la introducción precoz de varios fármacos más que alcanzar dosis máximas de uno solo.

IC con FEVI levemente reducida o conservada

Para pacientes con IC y FEVI $>40\%$, antes con pocas opciones claras, los iSGLT2 han demostrado beneficios importantes. El estudio DELIVER mostró que dapagliflozina reduce el riesgo combinado de empeoramiento de IC o muerte cardiovascular en este grupo. El análisis conjunto de DELIVER y DAPA-HF confirma beneficios de estos fármacos a lo largo del espectro FEVI, lo que ha sido incorporado en las guías americanas con recomendación IIA para IC-FEp.

Un estudio español reciente también señala que en pacientes con incompetencia cronotrópica la retirada de bloqueadores beta mejora la capacidad funcional, indicando la necesidad de personalizar el tratamiento según características individuales.

Dispositivos

El estudio DANISH siguió a pacientes hasta 9,5 años y encontró que el desfibrilador automático implantable no mejora la supervivencia total en miocardiopatía no isquémica con FEVI $\leq 35\%$, salvo en pacientes menores de 70 años. La estimulación de la rama izquierda puede ser alternativa si la resincronización convencional falla, mostrando mejoras potenciales en función ventricular y pronóstico.

El uso de dispositivos para crear un shunt interauricular en IC con FEVI levemente reducida o conservada no mostró beneficios significativos en calidad de vida ni pronóstico (estudio REDUCE LAP-HF II). En cuanto a monitorización remota, el dispositivo CardioMEMS no redujo mortalidad ni descompensaciones en pacientes de alto riesgo, aunque tecnologías basadas en sensores implantables podrían detectar precozmente episodios de descompensación, facilitando una intervención más precoz.

En conclusión, se conoce que la evaluación de la FEVI es fundamental para clasificar y tratar la insuficiencia cardiaca, reconociendo que su valor puede variar en el tiempo. La terapia cuádruple transformó el manejo de IC con FEVI reducida, mientras que para IC con FEVI levemente reducida o conservada los iSGLT2 representan un avance significativo. Existen diferencias entre guías en el uso de ciertos fármacos y en el enfoque terapéutico, especialmente en el control de hiperpotasemia y la secuencia de fármacos. En dispositivos, solo algunos pacientes se benefician claramente de desfibriladores implantables, y otras técnicas requieren más evidencia. La prevención, diagnóstico temprano, tratamiento individualizado y el desarrollo de nuevas terapias son esenciales para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Bibliografía

Recio-Mayoral, A. (Enero de 2022). *Revista Española de Cradiología*. Recuperado el 11 de Septiembre de 2025, de Insuficiencia cardiaca: <https://www.reccardioclinics.org/es-seleccion-lo-mejor-del-ano-articulo-S2605153222001200#:~:text=Otra%20estrategia%20es%20la%20resonancia,de%20inclusi%C3%B3n%20de%20201733>.