



Síntesis

De la cruz Anzueto Laura Sofía.

Primer parcial

Cardiología.

Dr. Alonso Díaz Reyes.

Licenciatura en Medicina Humana.

Quinto semestre, grupo “C”

Comitán de Domínguez, Chiapas a 10 de septiembre del 2025.

Seguridad, tolerabilidad y eficacia de la optimización rápida, con la ayuda de las pruebas de NT-proBNP en terapias para la insuficiencia cardíaca - STRONG-HF

En el reciente congreso europeo de Cardiología se ha publicado una actualización de las guías de insuficiencia cardíaca del año 2021. En este documento de actualización se pone en relevancia el elevado número de ensayos clínicos en el campo de la insuficiencia cardíaca con resultados publicados en los últimos 2 años. Entre ellos y más específicamente en el campo de las estrategias de manejo y seguimiento, se resaltan los resultados del ensayo clínico STRONG-HF.

El ensayo STRONG-HF mostró que, entre los pacientes ingresados por IC aguda, una estrategia de tratamiento intensivo con aumento rápido de la dosis de la medicación según las directrices y un seguimiento estrecho redujo el riesgo de muerte por cualquier causa o reingreso por IC a los 180 días, en comparación con la atención habitual.

El objetivo del ensayo fue comparar una intervención de alta intensidad que incluía un aumento gradual de los tratamientos para la insuficiencia cardíaca (IC) versus la atención habitual entre participantes internados por IC aguda.

El ensayo STRONG-HF fue un ensayo multinacional, abierto, aleatorizado y de grupos paralelos con participantes ingresados por IC aguda que no recibían la dosis completa del tratamiento médico recomendado por las guías para la IC (TMG). Los pacientes fueron aleatorizados 1:1 a un ajuste gradual de la dosis de alta intensidad (n = 542) o a la atención habitual (n = 536). Los participantes se estratificaron según la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) ($\leq 40\%$ frente a $> 40\%$).

De forma breve y resumida, se trata de un ensayo realizado en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca aguda que utilizaba los cambios de NT-proBNP como medida de seguridad para controlar a los pacientes a los que se les aumentaba rápidamente el tratamiento farmacológico oral antes y después del alta. Como resultado principal, este estudio ha demostrado la seguridad y eficacia de un enfoque basado en iniciar y titular el tratamiento médico oral para la insuficiencia cardíaca dentro de los 2 días anteriores al alta hospitalaria prevista y en las visitas de seguimiento que se realizan de forma precoz tras el alta. Los pacientes incluidos aún no recibían dosis completas de los fármacos de base en la insuficiencia cardíaca, estaban hemodinámicamente estables y exhibían concentraciones de NT-proBNP en el momento del cribado $> 2.500 \text{ pg/ml}$, con una disminución $> 10\%$ en concentración entre la selección y la aleatorización.

Los pacientes eran asignados aleatoriamente, antes del alta al grupo de "alta intensidad" (intensificación temprana y rápida del tratamiento oral: IECA/ARA-II/ARNI, betabloqueantes y ARM) o al grupo de "atención habitual". El resultado primario de reingreso por insuficiencia cardíaca o muerte por todas las causas a los 180 días se produjo en el 15,2% de los pacientes del grupo de "alta intensidad" y en el 23,3% de los pacientes del grupo de "atención habitual" (RR ajustado 0,66; IC del 95%: 0,50 a 0,86).

Los pacientes del grupo de "alta intensidad" también presentaron reducción en los reingresos por insuficiencia cardíaca de forma aislada (RRa 0,56; IC 95 %: 0,38 a 0,81; P = 0,0011). En este estudio se objetivaron tasas similares de eventos adversos graves en ambos grupos. También se observaron mejoras en la calidad de vida, la presión arterial y el peso corporal en el grupo de "alta intensidad". Los pacientes se estratificaron según terciles de valores de NT-proBNP y el beneficio del tratamiento de "alta intensidad" vs. la "atención habitual" fue igual para el criterio de valoración principal.

Papel del NT-proBNP: Los pacientes se estratificaron en terciles de niveles basales de NT-proBNP en aquellos con concentraciones plasmáticas <2159 ng/L, 2160-4165 ng/L y ≥4165 ng/L. Los pacientes con niveles más altos de NT-proBNP tuvieron peores resultados, pero el beneficio del aumento de dosis de alta intensidad frente a la atención habitual se conservó para el criterio de valoración principal (p para la interacción por terciles de NT-proBNP = 0,20). La evaluación del cambio desde el prealta hasta 1 semana después del alta de las concentraciones de NT-proBNP en el grupo de atención de alta intensidad mostró una disminución (≥30%) en el 30%, valores estables (entre una disminución <30% y un aumento ≤10%) en el 43% y un aumento (>10%) en el 27%. Según el protocolo, los pacientes con NT-proBNP elevado recibieron más diuréticos y su ajuste de dosis fue más lento durante las primeras semanas tras el alta. Sin embargo, a los 6 meses, alcanzaron el 70,4 % de la dosis óptima de GDMT, en comparación con el 80,3 % de aquellos con disminución de NT-proBNP. El criterio de valoración principal a los 60 y 90 días se observó en el 8,3 % y el 11,1 % de los pacientes con NT-proBNP elevado, frente al 2,2 % y el 4,0 % de aquellos con disminución de NT-proBNP (p = 0,039 y p = 0,045, respectivamente). Sin embargo, no se observaron diferencias en el pronóstico a los 180 días (13,5 % frente a 13,2 %; p = 0,93).

Grado de TMG alcanzado y resultados: Los autores evaluaron el porcentaje de dosis óptimas alcanzadas de tres clases de medicamentos para la IC (inhibidores del sistema renina-angiotensina, betabloqueantes y antagonistas de los receptores de mineralocorticoides) en el grupo de cuidados intensivos. Los pacientes se clasificaron en tres categorías de dosis: baja (<50%), media (50% a <90%) y alta (≥90%). A las 2 semanas, el 7,6% alcanzó dosis bajas, el 49,3% dosis medias y el 43,1% dosis altas. Los pacientes con presión arterial más baja y más congestión tenían menos probabilidades de que se les ajustara la dosis a dosis óptimas de GDMT en la semana 2. Como covariable continua dependiente del tiempo, un aumento del 10 % en la dosis óptima porcentual promedio se asoció con una reducción en la readmisión por IC a los 180 días o muerte por cualquier causa (criterio de valoración principal: razón de riesgo ajustada [aHR], 0,89; intervalo de confianza del 95 % [IC], 0,81-0,98; p = 0,01) y una disminución en la mortalidad por cualquier causa a los 180 días (aHR, 0,84; IC del 95 %, 0,73-0,95; p = 0,007). La calidad de vida a los 90 días, medida mediante la escala visual analógica EQ-5D, mostró una mejoría estadísticamente significativa en los pacientes tratados con dosis más altas de GDMT (diferencia media: 0,10; IC del 95 %: -4,88 a 5,07; y 3,13; IC del 95 %: -1,98 a 8,24 puntos en los grupos de dosis media y alta, en comparación con el grupo de dosis baja, respectivamente; p = 0,07). Los eventos adversos fueron menos frecuentes en los pacientes del grupo de cuidados intensivos a los que se les prescribieron dosis más altas de GDMT en la semana 2.

Los resultados de este ensayo muestran que, entre los pacientes hospitalizados por IC aguda descompensada, el aumento rápido de la dosis de los tratamientos para la IC en un modelo de cuidados intensivos fue seguro y se asoció con una reducción del riesgo de muerte o reingreso por IC a los 180 días, independientemente de la FE basal o del NT-proBNP basal. En el grupo de cuidados intensivos, los pacientes que alcanzaron un mayor porcentaje de la dosis óptima tuvieron una mayor mejoría en comparación con aquellos que alcanzaron dosis más bajas. El ensayo no mostró reducciones en la mortalidad por cualquier causa a los 180 días, pero es probable que este estudio no tuviera la potencia estadística suficiente para detectar dicha diferencia. También se observaron mejoras en la calidad de vida, la presión arterial y el peso corporal. Los eventos adversos graves fueron similares. Las reducciones en los reingresos y las mejoras en la calidad de vida son valiosas en la población con IC, dada la importante carga de enfermedad y la morbilidad asociada con las estancias hospitalarias. Con la llegada de nuevas clases de TMG para la IC, existe un impulso hacia el tratamiento con dosis

óptimas de TMG. Sin embargo, esto se logra de forma deficiente en entornos clínicos reales, y la evidencia que respalda el inicio rápido de la terapia genómica de reemplazo hormonal (TGDMT) fue principalmente observacional. STRONG-HF proporciona evidencia importante y rigurosa de ensayos clínicos que demuestra que la atención de alta intensidad en participantes con IC permite ajustar rápidamente la dosis y tratar la IC.

Bibliografía

Kumbhani, D. J. (05 de Mayo de 2022). Seguridad, tolerabilidad y eficacia de la optimización rápida, con la ayuda de las pruebas de NT-proBNP en terapias para la insuficiencia cardíaca - STRONG-HF. *American College of Cardiology*. Recuperado el Septiembre de 10 de 2025, de <https://www.acc.org/Latest-in-Cardiology/Clinical-Trials/2022/12/05/14/33/strong-hf>