Insuficiencia Cardíaca: ¿dónde estamos y hacia dónde vamos?

Celeste Rosso
Jefa de Residentes
Carrera de Posgrado de Especialización en Cardiología
Agosto 2026

Objetivos de la clase:

01 Definición y clasificación: ¿qué hay de nuevo en IC?

02 Los 4 pilares del tratamiento: ¿cuál es la evidencia disponible?

03 Novedades sobre el tratamiento

04 Mensajes clave para el manejo en la internación y el consultorio

Insuficiencia Cardíaca: línea de tiempo

De los orígenes conceptuales al estado del arte 2026 — hitos en definición, evidencia clínica y guías

- Estudio clínico
- Guía clínica
- Definición / hito conceptual

1785 – 1960s

Orígenes conceptuales

- 1785 · Digital para el “dropsy” (Withering)
- **1933 · Clasificación funcional NYHA I–IV**
- 1950s · Diuréticos mercuriales y tiazidicos
- 1966 · Furosemida

1971 – 1989

Nace la evidencia moderna

- **1971 · Criterios de Framingham para IC**
- 1987 · CONSENSUS: enalapril ↓40% mortalidad
- 1987 · **IECA** — 1ª terapia modificadora de enfermedad

1991 – 2001

Los 3 pilares clásicos

- 1991 · SOLVD-Treatment
- 1992–93 · SAVE, AIRE
- 1996 · US **Carvedilol** Trial
- 1999 · **RALES**
- 1999 · CIBIS-II / MERIT-HF
- 2001 · COPERNICUS
- **2001 · Guía ACC/AHA: estadíos A–D**
- **2001 · Primera guía ESC**

2003 – 2014

ARA-II, ARNI y dispositivos

- 2003 · CHARM, VALIANT, EPHESUS
- 2004–05 · COMPANION, SCD-HeFT (TRC/CDI)
- 2005 · Guía ESC
- 2008 · Guía ESC
- 2009 · Focused update ACC/AHA
- 2010 · SHIFT
- 2011 · EMPHASIS-HF
- 2012 · Guía ESC
- 2013 · Guía ACC/AHA
- **2014 · PARADIGM-HF — nace el ARNI**

2016 – 2022

4 pilares y giro hacia IC-FEp

- 2016 · Guía ESC: HFmrEF
- 2016 · Guía ACC/AHA update
- **2019 · DAPA-HF**
- 2020 · EMPEROR-Reduced, VICTORIA
- **2021 · Definición universal de IC**
- **2021 · Guía ESC**
- **2021 · EMPEROR-Preserved**
- 2022 · Guía ACC/AHA/HFSA — concepto HFimpEF
- 2022 · DELIVER; STRONG-HF

2023 – 2026

Estado del arte

- **2023 · ESC Focused Update — iSGLT2 en todo FEVI**
- 2023 · STEP-HFpEF
- 2024 · FINEARTS-HF
- 2024 · SUMMIT
- 2025 · Guías Canadá/Japón — GLP-1 y finerenona
- 2025 · DIGIT-HF

• 2026: Tratamiento fenotípico, más allá de la FEVI

Insuficiencia Cardíaca: línea de tiempo

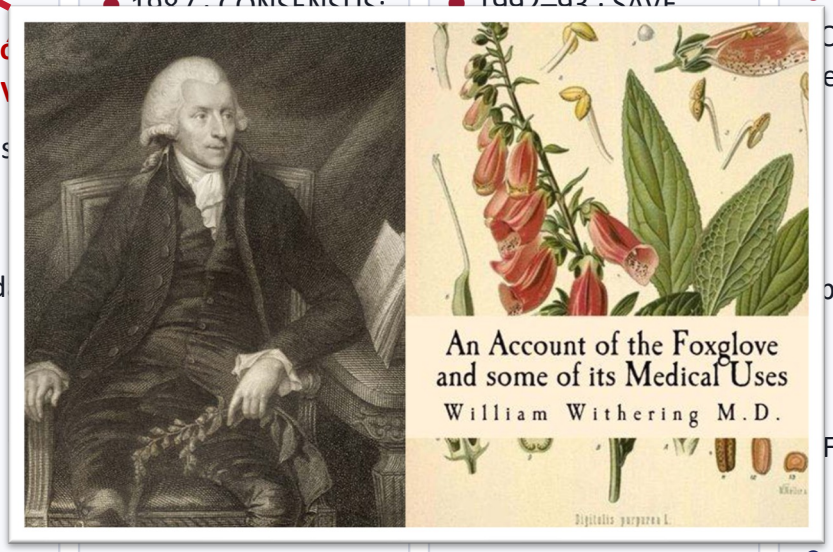
De los orígenes conceptuales al estado del arte 2026 — hitos en definición, evidencia clínica y guías

- Estudio clínico
- Guía clínica
- Definición / hito conceptual

1785 – 1960s

Orígenes conceptuales

- 1785 · Digital para el “dropsy” (Withering)
- **1933 · Clasificaci funcional NYHA I–IV**
- 1950s · Diuréticos mercuriales y tiazidicos
- 1966 · Furosemid



1971 – 1989

Nace la evidencia moderna

- **1971 · Criterios de Framingham para IC**
- 1987 · CONSENSUS

1991 – 2001

Los 3 pilares clásicos

- 1991 · SOLVD-Treatment
- 1992–93 · SAVE
- **2001 · Primera guía ESC**

2003 – 2014

ARA-II, ARNI y dispositivos

- 2003 · CHARM, VALIANT, EPHESUS
- 2004–05 · OMPANION, SCD-eFT (TRC/CDI)
- 2005 · Guía ESC
- 2008 · Guía ESC
- 2009 · Focused pdate ACC/AHA
- 2010 · SHIFT
- 2011 · EMPHASIS-F
- 2012 · Guía ESC
- 2013 · Guía ACC/AHA
- **2014 · PARADIGM-HF — nace el ARNI**

2016 – 2022

4 pilares y giro hacia IC-FEp

- 2016 · Guía ESC: HFmrEF
- 2016 · Guía ACC/AHA update
- **2019 · DAPA-HF**
- 2020 · EMPEROR-Reduced, VICTORIA
- **2021 · Definición universal de IC**
- **2021 · Guía ESC**
- **2021 · EMPEROR-Preserved**
- 2022 · Guía ACC/AHA/HFSA — concepto HFimpEF
- 2022 · DELIVER; STRONG-HF

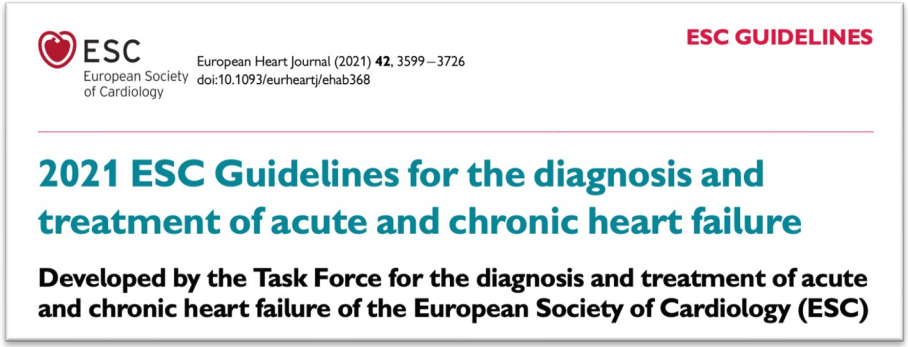
2023 – 2026

Estado del arte

- **2023 · ESC Focused Update — iSGLT2 en todo FEVI**
- 2023 · STEP-HFpEF
- 2024 · FINEARTS-HF
- 2024 · SUMMIT
- 2025 · Guías Canadá/Japón — GLP-1 y finerenona
- 2025 · DIGIT-HF

• 2026: Tratamiento fenotípico, más allá de la FEVI

Definición y clasificación:



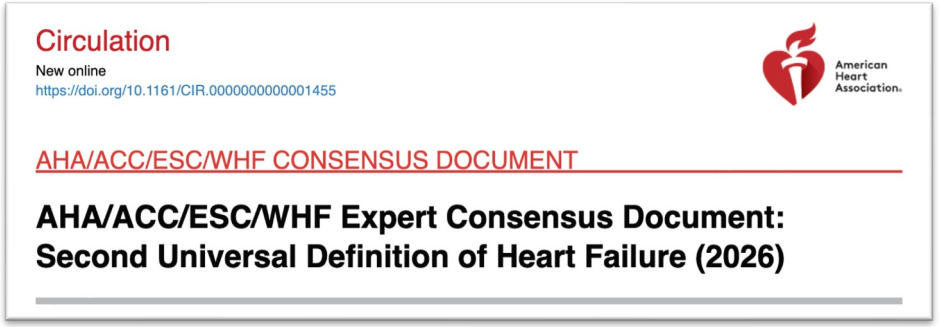
- Síndrome clínico caracterizado por síntomas típicos acompañados de signos como presión yugular elevada, crepitantes pulmonares y edemas, causados por una anomalía cardíaca estructural o funcional que producen una elevación de las presiones intracardiacas o un gasto cardíaco disminuido, causado por una disfunción miocárdica sistólica, diastólica o ambas.

Tipo de IC		IC-FEr	IC-FElr	IC-FEc
Criterios	1	Síntomas ± signos[a]	Síntomas ± signos[a]	Síntomas ± signos[a]
	2	FEVI ≤ 40%	FEVI 41-49%[a]	FEVI ≥ 50%
	3	–	–	Evidencia objetiva de anomalías cardiacas estructurales o funcionales compatibles con disfunción diastólica o altas presiones de llenado del VI, incluidas las concentraciones elevadas de péptidos natriuréticos[c]

©ESC 2021

NOVEDAD 2026 · AHA / ACC / ESC / WHF (CON HFSA, HFA, JHFS)

La Segunda Definición Universal de Insuficiencia Cardíaca:



Cambio de paradigma:

1. **Adiós a los cortes rígidos de FEVI**
2. **Clasificación universal por causa**
3. **Trayectorias dinámicas**

Además:

- Reafirma **los estadios A–D** (riesgo → pre-IC → IC sintomática → IC avanzada).
- Suma una nueva sección sobre **"IC mimics"** (cuadros que simulan IC: ERC, embarazo, obesidad).
- Destaca al **ECG con IA** como herramienta de detección precoz, como base de la próxima guía ACC/AHA de IC (prevista para fines de 2027).

Cambio de paradigma:

1 **Adiós a los cortes rígidos de FEVI**

3 grupos clínicamente accionables:

- IC con FEVI reducida: menor al 50%
- IC con FEVI preservada: mayor al 50%
- IC con FEVI Mejorada: IC con FEVI previamente reducida que aumentó o se normalizó

Fundamentos:

- Los cortes para FEVI en la primera definición de IC eran arbitrarios: variabilidad de FEVI interoperador, diferentes métodos para objetivarla, diferencias.
- Extrapolación de tratamientos de ensayos clínicos donde la FEVI era el criterio de inclusión clave → qué pacientes se benefician?
- Raramente una FEVI <50% refleje una función normal, independientemente del sexo, edad y etnia → se simplificó la clasificación en grupos de acción.

Cambio de paradigma:

2 **Clasificación universal por causa**

Fundamentos:

- Destaca la importancia de definir la causa específica de IC.
- Elimina la clasificación dicotómica habitual de la práctica clínica de isquémica o no isquémica.
- El pronóstico en IC depende de la causa específica y cerca del 85% de los pacientes tienen factores de riesgo prevenibles dentro de los 5 años previos al diagnóstico.

Sistema MOGE(S):

- Fenotipo morfofuncional (M), órganos afectados (O), patron de herencia genética (G), etiología (E), status de la enfermedad (S).
- No tiene en cuenta la FEVI, sino las características fisiopatológicas de la enfermedad.

Clasificación universal por causa:

- Miocardiopatía isquémica
- Miocardiopatía hipertensiva
- Miocardiopatía valvular
- Miocardiopatía por arritmias: FA, taquicardia, disincronopatías, etc.
- Miocardiopatía infiltrativa: amiloidosis, hemocromatosis, Fabry, infiltración neoplásica
- Miocardiopatía infecciosa: miocarditis virales, Chagas, HIV, Lyme
- Miocardiopatía tóxica: cardiotoxicidad, alcohol, cocaína, anfetaminas
- Miocardiopatía hereditaria: MCH, MCPD, restrictivas, arritmogénica
- Enfermedad pericárdica

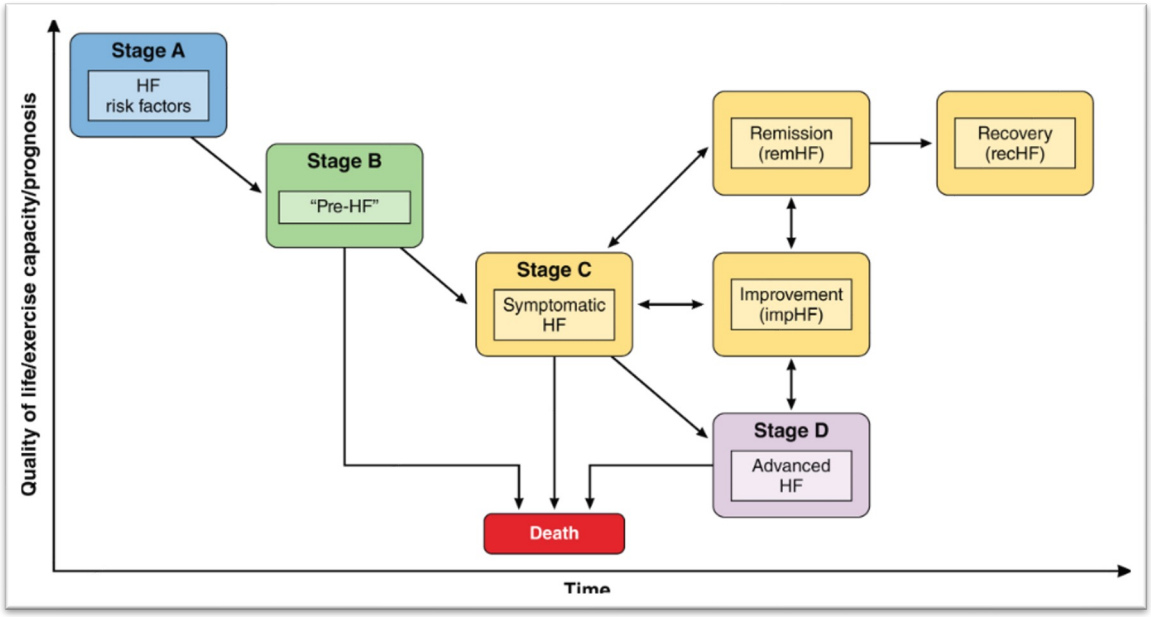
- Miocardiopatía asociada a enfermedad metabólica y deficiencias nutricionales: obesidad, diabetes, patología tiroidea, déficit de tiamina, B1 y selenio, congénitos.
- Miocardiopatía asociada al embarazo
- Miocardiopatía inducida por stress
- Enfermedad pulmonar o del corazón derecho
- Miocardiopatías congénitas: falla de VD sistémico, Fontan, Fallot corregido
- Miocardiopatías con alto gasto: hemoglobinopatías, anemia hemolítica, malformaciones auriculoventriculares, causas endócrinas
- Otras causas: enfermedad neuromuscular, endomiocardiofibrosis, endocarditis de Loeffler
- Idiopáticas

Cambio de paradigma:

3 Trayectorias dinámicas

- **Mejoría:** FEVI previamente reducida, que aumenta ≥10 puntos o >40%.
- **Remisión:** FEVI normalizada con síntomas mínimos, biomarcadores estables, pero aún vulnerable a recaídas.
- **Recuperación:** normalización de la FEVI y estructura cardíaca, biomarcadores y síntomas a lo largo del seguimiento.
- **Empeoramiento:** deterioro progresivo de los signos, síntomas y calidad de vida. Excluye la IC de novo y los desencadenantes prevenibles.
- **IC descompensada:** requerimiento de intensificación del tratamiento, del nivel de cuidados o de terapias de rescate.

Cambio de paradigma:



- La mejoría de la FEVI no significa resolución de la enfermedad.
- Permanecen susceptibles a recurrencia de la disfunción ventricular, por lo que se sugiere no descontinuar el tratamiento.
- El riesgo de muerte está presente en todos los estadíos intermedios.

IC “*mimics*”:

Condiciones no consistentes con el diagnóstico de IC, que no dependen de la fisiopatología neurohumoral.

- **Enfermedad coronaria:** 10 a 15% de los pacientes con EAC presentan disnea símil angor. En escenarios donde ambos síndromes coexisten es un desafío diagnóstico.
- **Enfermedad renal crónica:** disnea y edemas causados por diálisis subóptima. Pueden coexistir con alteraciones en la función y estructura cardíaca → disfunción diastólica y aumento de las presiones de lleno ventricular aunque el mecanismo fisiopatológico no sea IC.
- **Embarazo:** disnea y edemas en ausencia de cardiopatía estructural.
- **Obesidad y desacondicionamiento físico:** desafío versus el diagnóstico de ICFeP.

Tratamiento de la insuficiencia cardíaca:

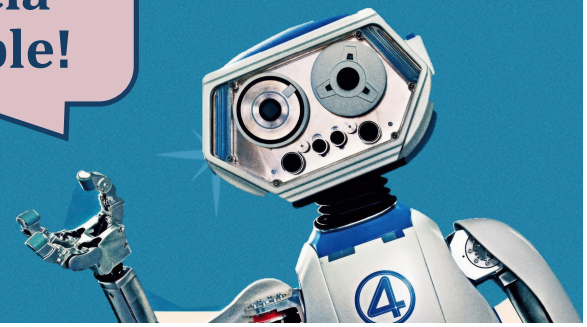


MARVEL STUDIOS

los 4 Fantásticos

PRIMEROS PASOS

Repasemos la evidencia disponible!



IECA:

ORIGINAL ARTICLE | ARCHIVE

Effects of Enalapril on Mortality in Severe Congestive Heart Failure

Author: The Consensus Trial Study Group Author Info & Affiliations

Published June 4, 1987 | N
VOL. 316 NO. 23

ORIGINAL ARTICLE

Effect of Enalapril on Mortality and the Development of Heart Failure in Asymptomatic Patients with Reduced Left Vent

ORIGINAL ARTICLE

Effects of an Angiotensin-Converting–Enzyme Inhibitor, Ramipril, on Cardiovascular Events in High-Risk Patients

ORIGINAL ARTICLE

Effect of Enalapril on Survival in Patients with Reduced Left Ventricular Ejection Fractions and Congestive Heart Failure

Author: The SOLVD Investigators* Author Info

Published August 1, 1991 | N Engl J Med 1991;3
VOL. 325 NO. 5

Clinical Trial > Circulation. 1999 Dec 7;100(23):2312-8. doi: 10.1161/01.cir.100.23.2312.

Comparative effects of low and high doses of the angiotensin-converting enzyme inhibitor, lisinopril, on morbidity and mortality in chronic heart failure. ATLAS Study Group

- Primer pilar del tratamiento, reducción de la mortalidad en IC FEr, efecto de clase, mejoría de la calidad de vida, indicaciones en disfunción asintomática e infarto, efecto dosis dependiente.

ARA II:

ARTICLES · Volume 355, Issue 9215, P1582-1587, May 06, 2000 Download Full Issue

Effect of losartan compared with captopril on mortality in patients with symptomatic heart failure: randomised trial—the Losartan Heart Failure Survival Study ELITE II

Prof Bertram Pitt, MD [a] · Prof Philip A Poole
Prof Felipe A Martinez, MD [d] · Prof Kenneth Dicks

FAST TRACK — ARTICLES · Volume 362, Issue 9386, P772-776, September 06, 2003 Download Full Issue

Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function intolerant to angiotensin-converting-enzyme

Dr Christopher B Granger, MD
Prof Peter Held, MD [d] · Prof Eric

FAST TRACK — ARTICLES · Volume 362, Issue 9386, P777-781, September 06, 2003 Download Full Issue

Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and preserved left-ventricular ejection fraction: the CHARM-Preserved Trial

Prof Salim Yusuf, DPhil [a] · Prof Marc A Pfeffer, MD [b] · Prof Karl Swedberg
Prof Peter Held, MD [e] · Prof John JV McMurray, MD [f] · et al. Show more

Clinical Trial › Circulation. 1999 Dec 7;100(23):2312-8. doi: 10.1161/01.cir.100.23.2312.

Comparative effects of low and high doses of the angiotensin-converting enzyme inhibitor, lisinopril, on morbidity and mortality in chronic heart failure. ATLAS Study Group

M Packer [1], P A Poole-Wilson, P W Armstrong, J G Cleland, J D Horowitz, B M Massie, L Rydén, K Thygesen, B F Uretsky

- Fármaco de segunda línea cuando el paciente no tolera IECA, no inferioridad.
- Sin beneficios en IC FEp.
- Efecto dependiente de la dosis.

ARNI:

ORIGINAL ARTICLE

Angiotensin–Neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure

Authors: John J.V. McMurray, M.D., Milton Packer, M.D., Akshay S. Desai, M.D., M.P.H., Jianjian Gong, Ph.D., Martin P. Lefkowitz, M.D., Adel R. Rizkala, Pharm.D., Jean L. Rouleau, M.D., Victor C. Shi, M.D., Scott D. Solomon, M.D., Karl Swedberg, M.D., Ph.D., and Michael R. Zile, M.D., for the PARADIGM-HF Investigators and Committees* Author Info & Affiliations

Published September 11, 2014 | N Engl J Med 2014;371:993-1004 | DOI: 10.1056/NEJMoa1409077

- Trial detenido precozmente → reducción del RR de un 20% para muerte cardiovascular e internación por IC, con un NNT de 21 pacientes en dos años.

ORIGINAL ARTICLE

Angiotensin–Neprilysin Inhibition in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction

Authors: Scott D. Solomon, M.D., John J.V. McMurray, M.D., Inder S. Anand, M.D., D.Phil., Junbo Ge, M.D., Carolyn S.P. Lam, M.B., B.S., Ph.D., Aldo P. Maggioni, M.D., Felipe Martinez, M.D., +27 , for the PARAGON-HF Investigators and Committees* Author Info & Affiliations

Published September 1, 2019 | N Engl J Med 2019;381:1609-1620 | DOI: 10.1056/NEJMoa1908655

- No demostró beneficios para IC FEp.

IECA – ARA II - ARNI:

Recomendaciones	Clase[a]	Nivel[b]
Para los pacientes con IC-FEr, se recomienda un IECA para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte[110–113]	I	A
Para los pacientes con IC-FEr, el sacubitrilo-valsartán está recomendado como sustituto de los IECA para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte[105]	I	B
Está recomendado un ARA-II[c] para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte cardiovascular de los pacientes que no toleran los IECA o INRA (también deber tomar un bloqueador beta y un ARM)[138]	I	B

Betabloqueantes:

ORIGINAL ARTICLE

The Effect of Carvedilol on Morbidity and Mortality in Patients with Chronic Heart Failure

Authors: Milton Packer, M.D., Michael R. Bristow, M. Fowler, M.B., B.S., Edward M. Gilbert, M.D., and Neil Group* Author Info & Affiliations

Published May 23, 1996 | N Engl J Med 1996;334:1
VOL. 334 NO. 21 | Copyright © 1996

ARTICLES · Volume 353, Issue 9146, P9-13, January 02, 1999 Download Full Issue

The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II): a randomised trial

CIBIS-II Investigators and Committees

Article Info Linked Articles (1)

Effects of Controlled-Release Metoprolol on Total Mortality, Hospitalizations, and Well-being in Patients With Heart Failure

The Metoprolol CR/XL Randomized Intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF)

Åke Hjalmarson, MD, PhD; Sidney Goldstein, MD; Björn Fagerberg, MD, PhD; et

JAMA
Published Online: March 8, 2000
2000;283;(10):1295-1302.
doi:10.1001/jama.283.10.1295

ORIGINAL ARTICLE

Effect of Carvedilol on Survival in Severe Chronic Heart Failure

Authors: Milton Packer, M.D., Andrew J.S. Coats, M.D., Michael B. Fowler, M.D., Hugo A. Katus, M.D., Henry Krum, M.B., B.S., Ph.D., Paul Mohacsi, M.D., Jean L. Rouleau, M.D., +7 , for the Carvedilol Prospective Randomized Cumulative Survival Study Group* Author Info & Affiliations

Published May 31, 2001 | N Engl J Med 2001;344:1651-1658 | DOI: 10.1056/NEJM200105313442201
VOL. 344 NO. 22 | Copyright © 2001

- Beneficios en todos los estadíos de la enfermedad, disminución del riesgo relativo de muerte cardiovascular e internaciones por IC.
  No está probado el efecto de clase.

Para los pacientes con IC-FEr estable, se recomienda un bloqueador beta para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte[114–120]	I	A

ARM:

ORIGINAL ARTICLE

The Effect of Spironolactone on Morbidity and Mortality in Patients with Severe Heart Failure

Authors: Bertram Pitt, M.D., Faiez Zannad, M.D., Willem J. Remme, M.D., Robert Cody, M.D., Alain Castaigne, M.D., Alfonso Perez, M.D., Jolie Palensky, M.S., and Ja Investigators* Author Info & Affiliations

Published September 2, 1999 | N Engl J Med
VOL. 341 NO. 10 | Copyright © 1999

CORRECTION

Eplerenone, a Selective Aldosterone Blocker, in Patients with Left Ventricular Dysfunction after Myocardial Infarction

VIEW THE RELATED ARTICLE

Published May 29, 2003 | N Engl J Med 2003;348:2271 | DOI: 10.1056/NEJMc
Copyright © 2003

ORIGINAL ARTICLE

Eplerenone in Patients with Systolic Heart Failure and Mild Symptoms

Authors: Faiez Zannad, M.D., Ph.D., John J.V. McMurray, M.D., Henry Krum, M.B., Ph.D., Dirk J. van Veldhuisen, M.D., Ph.D., Karl Swedberg, M.D., Ph.D., Harry Shi, M.S., John Vincent, M.B., Ph.D., Stuart J. Pocock, Ph.D., and Bertram Pitt, M.D., for the EMPHASIS-HF Study Group* Author Info & Affiliations

Published January 6, 2011 | N Engl J Med 2011;364:11-21 | DOI: 10.1056/NEJMoa1009492 | VOL. 364 NO. 1
Copyright © 2011

- Demostró beneficios en todos los estadíos de IC con FEr, con disminución de riesgo de muerte y hospitalización.

Para los pacientes con IC-FEr, se recomienda un ARM para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte[121,122]	I	A

ISGLT2:

ORIGINAL ARTICLE

Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction

Authors: John J.V. McMurray, M.D., Scott D. Solomon, M.D., N. Kosiborod, M.D., Felipe A. Martinez, M.D., Piotr Ponikows and Investigators* Author Info & Affiliations

Published September 19, 2019 | N Engl J Med 2019;381:19
VOL. 381 NO. 21 | Copyright © 2019

ORIGINAL ARTICLE

Cardiovascular and Renal Outcomes with Empagliflozin in Heart Failure

Authors: Milton Packer, M.D. , Stefan D. Anker, M.D., Ph.I Pocock, Ph.D., Peter Carson, M.D., James Januzzi, M.D., +32 Info & Affiliations

Published August 28, 2020 | N Engl J Med 2020;383:1413-
VOL. 383 NO. 15 | Copyright © 2020

ORIGINAL ARTICLE

Dapagliflozin in Heart Failure with Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction

Authors: Scott D. Solomon, M.D., John J.V. McMurray, M.D. , Brian Claggett, Ph.D., Rudolf A. de Boer, M.D. , David DeMets, Ph.D., Adrian F. Hernandez, M.D., Silvio E. Inzucchi, M.D., +35 , for the DELIVER Trial Committees and Investigators* Author Info & Affiliations

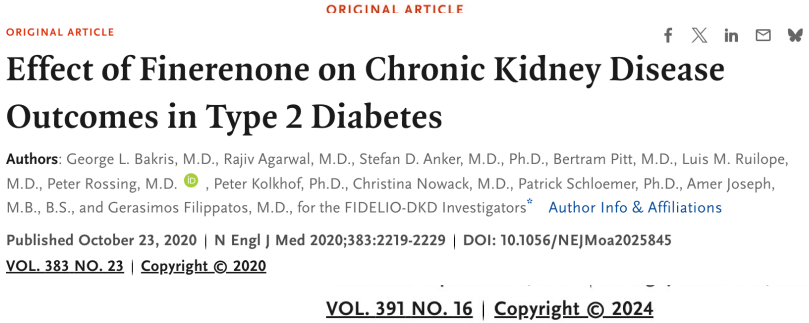
Published August 27, 2022 | N Engl J Med 2022;387:1089-1098 | DOI: 10.1056/NEJMoa2206286
VOL. 387 NO. 12 | Copyright © 2022

- Demostraron beneficios tanto en IC FEr como IC FEp. Disminución del riesgo de muerte e internaciones por IC.

Para los pacientes con IC-FEr, se recomiendan la dapagliflozina o la empagliflozina para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte[108,109]	I	A


¿Qué hay de nuevo, Viejo?
LOONEY TUNES

Finerenona:



ORIGINAL ARTICLE

Effect of Finerenone on Chronic Kidney Disease Outcomes in Type 2 Diabetes

Authors: George L. Bakris, M.D., Rajiv Agarwal, M.D., Stefan D. Anker, M.D., Ph.D., Bertram Pitt, M.D., Luis M. Ruilope, M.D., Peter Rossing, M.D., Peter Kolkhof, Ph.D., Christina Nowack, M.D., Patrick Schloemer, Ph.D., Amer Joseph, M.B., B.S., and Gerasimos Filippatos, M.D., for the FIDELIO-DKD Investigators* Author Info & Affiliations

Published October 23, 2020 | N Engl J Med 2020;383:2219-2229 | DOI: 10.1056/NEJMoa2025845
VOL. 383 NO. 23 | Copyright © 2020



ORIGINAL ARTICLE

Cardiovascular Events with Finerenone in Kidney Disease and Type 2 Diabetes

Authors: Bertram Pitt, M.D., Gerasimos Filippatos, M.D., Rajiv Agarwal, M.D., Stefan D. Anker, M.D., Ph.D., George L. Bakris, M.D., Peter Rossing, M.D., Amer Joseph, M.B., B.S., Peter Kolkhof, Ph.D., Christina Nowack, M.D., Patrick Schloemer, Ph.D., and Luis M. Ruilope, M.D., for the FIGARO-DKD Investigators* Author Info & Affiliations

Published August 28, 2021 | N Engl J Med 2021;385:2252-2263 | DOI: 10.1056/NEJMoa2110956
VOL. 385 NO. 24 | Copyright © 2021

VOL. 391 NO. 16 | Copyright © 2024

- N= 6.001 (finerenona 3.003 vs placebo 2.998).
- FEVI ≥40% (IC-FEmr/FEp), NYHA II (69%) y III (30%).
- Reducción del riesgo relativo del 16% para el endpoint primario: compuesto de eventos de IC (hospitalizaciones/visitas urgentes, primeras y recurrentes) + muerte CV.
- Indicación firme en guías de IC Japonesa y Canadiense.

Agonistas GLP1-GIP:

ORIGINAL ARTICLE

Semaglutide in Patients with Heart Failure with Preserved Ejection Fraction and Obesity

Authors: Mikhail N. Kosiborod, M.D., Steen Z. Abildstrøm, Ph.D., Barry A. Borlaug, M.D., Javed Butler, M.D., Søren Rasmussen, Ph.D., Melanie Davies, M.D., G. Kees Hovingh, M.D., Ph.D., +24 , for the STEP-HFpEF Trial Committees and Investigators* Author Info & Affiliations

Published August 25, 2023 | N Engl J Med 2023;389:1069-1084 | DOI: 10.1056/NEJMoa2306963
VOL. 389 NO. 12 | Copyright © 2023

- 529 pacientes con IC FEp e IMC >30
- Endpoints blandos: descenso de peso y mejoría de la calidad de vida
- Mejoría en la capacidad para el ejercicio

ORIGINAL ARTICLE

Tirzepatide for Heart Failure with Preserved Ejection Fraction and Obesity

Authors: Milton Packer, M.D. , Michael R. Zile, M.D., Christopher M. Kramer, M.D., Seth J. Baum, M.D., Sheldon E. Litwin, M.D., Venu Menon, M.D., Junbo Ge, M.D., +6 , for the SUMMIT Trial Study Group* Author Info & Affiliations

Published November 16, 2024 | N Engl J Med 2025;392:427-437 | DOI: 10.1056/NEJMoa2410027
VOL. 392 NO. 5 | Copyright © 2024

- 731 pacientes con IC FEp e IMC >30
- Endpoints duros: muerte CV, empeoramiento de IC y mejoría de la calidad de vida
- Disminución del RR del 38%, a expensas del empeoramiento de IC

Digitálicos:

ORIGINAL ARTICLE

Digitoxin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction

Authors: Udo Bavendiek, M.D., Anika Großhennig, M.S., Johannes Schwab, M.D., Dominik Berliner, M.D., Andreas Rieth, M.D., Lars S. Maier, M.D., Thomas Gaspar, M.D., +28 , for the DIGIT-HF Study Group* Author Info & Affiliations

Published August 29, 2025 | N Engl J Med 2025;393:1155-1165 | DOI: 10.1056/NEJMoa2415471 | VOL. 393 NO. 12

Copyright © 2025

- 1212 pacientes con IC FEr con FEVI <40% y CF III-IV o FEVI <30% y CF II
- Endpoint primario: compuesto de muerte por todas las causas y hospitalizaciones por IC
- Disminución significativa del RR
- Segura en ERC en clearance de creatinina >15

CONSEJOS PARA LA PRÁCTICA

Titulación del TMO:

Randomized Controlled Trial > Lancet. 2022 Dec 3;400(10367):1938-1952.
doi: 10.1016/S0140-6736(22)02076-1. Epub 2022 Nov 7.

Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): a multinational, open-label, randomised, trial

Alexandre Mebazaa [1], Beth Davison [2], Ovidiu Chioncel [3], Alain Cohen-Solal [4], Rafael Diaz [5], Gerasimos Filippatos [6], Marco Metra [7], Piotr Ponikowski [8], Karen Sliwa [9], Adriaan A Voors [10], Christopher Edwards [11], Maria Novosadova [11], Koji Takagi [11], Albertino Damasceno [12], Hadiza Saidu [13], Etienne Gayat [14], Peter S Pang [15], Jelena Celutkiene [16], Gad Cotter [2]

Affiliations + expand

PMID: 36356631 DOI: 10.1016/S0140-6736(22)02076-1

- Titulación de la medicación al 50% de la dosis objetivo 2 días previos al alta
- Titulación al 100% a las 2 semanas
- Seguimiento clínico y analítico estricto
- Reducción del RR del 34% para muerte e IC

ESC European Society of Cardiology
European Heart Journal (2025) **46**, 2394–2405
https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf244

CLINICAL RESEARCH
Heart failure and cardiomyopathies

Newly diagnosed heart failure with reduced ejection fraction: timing, sequencing, and titration of guideline-recommended medical therapy

Jishnu Malgie [1,†], Mariëlle I. Wilde [1,†], Hans-Peter Brunner-La Rocca [2,3], Mireille E. Emans[4], Grytsje A. De Boer[5], Charlotte E.P. Siegers[6], Antonius M.W. van Stipdonk[2], Alexander J. Wardeh[7], Jeroen Schaap[8,9], Sandra Sanders-van Wijk[10], Mieke van den Heuvel[11], Eric Wierda[12], Rudolf A. De Boer [1], Stefan Koudstaal[13], and Jasper J. Brugts [1,*]

- Fase In-Hospital: Iniciar los 4 pilares tan pronto como el paciente esté estable
- Semana 1-2 post alta: titular al 100%
- 46% a las 6 semanas, 66.3% a los 6 meses → sólo un 1.3% a dosis objetivo
- Urgencia de intensificar el TMO

CONSEJOS PARA LA PRÁCTICA

Evaluación de la congestión residual:

Multimodal assessment of residual congestion at discharge in acute heart failure: diagnostic and prognostic impact

9 May 2026 (10:45 - 10:53)

Organised by: HFA

Congress Presentation | Part Of: Decongestion In Acute Heart Failure (1) | Diagnostic Methods | HFA Premium Access | Heart Failure 2026 | Heart Failure Association (HFA)

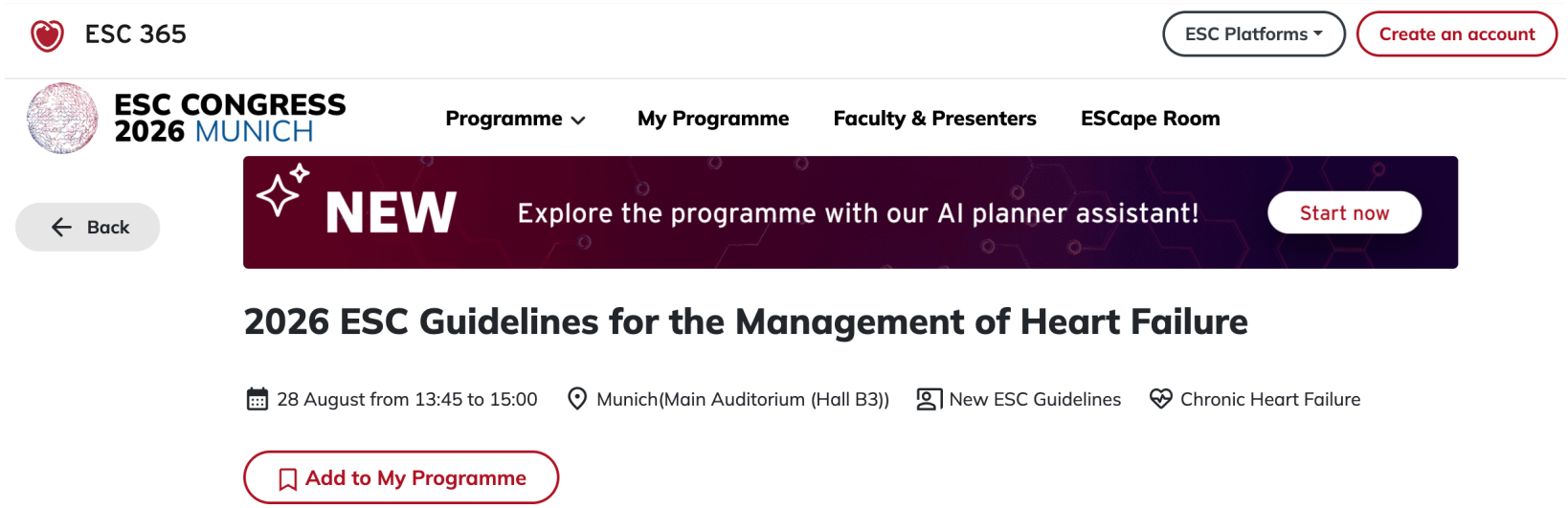
ESC 365

- La congestión residual es un determinante de eventos adversos post alta
- La ecografía pulmonar y la evaluación de la congestión por ecografía tienen la mayor sensibilidad (79%) y valor predictivo negativo (90%), frente a la evaluación clínica y analítica
- 3 a 4 veces mayor riesgo de reingreso con líneas B aún en ausencia de rales
- Buscar la caída del proBNP de >30% y CA125 en rango pre alta

Hacia dónde vamos?



HACIA DÓNDE VAMOS?



- Consolidación del nuevo paradigma propuesto en la segunda definición de IC y planes de acción en consecuencia
- Incorporación de finerenona en IC FEp
- Inclusión de los agonistas GLP1 y GIP → la revolución del Cardiometabolismo
- Terapias etiológicas específicas
- Reivindicar el uso de digitálicos (IIb en guía actual)

MENSAJES FINALES

Conclusiones:

- Nuevo paradigma en IC
- Consolidación de la terapia estándar
- Validación en guías de práctica clínica de nuevos fármacos
- Rol del cardiometabolismo en IC
- No alcanza con iniciar el TMO → titular a dosis máximas toleradas
- Evaluar la congestión residual mejora el pronóstico de nuestros pacientes
- Nueva guía ESC sobre manejo de IC 2026

Muchas gracias!

