



MEDICINA CARDIOMETABÓLICA

www.medicinacardiometabolica.com

ISSN: 3084-7729



EN ESTE NÚMERO

Finerenona y Empagliflozina en Enfermedad Renal Crónica y Diabetes Tipo 2: CONFIDENCE Trial

Aspirina en Síndrome Coronario Crónico con Anticoagulación Oral: AQUATIC Trial

Cagrilintida-Semaglutida en Obesidad y Diabetes Tipo 2: REDEFINE 2 Trial

Cagrilintida-Semaglutida en Obesidad sin Diabetes: REDEFINE 1 Trial

Guía para el manejo de dislipidemia 2025

Guía para el manejo de enfermedad cardiovascular y embarazo

ESC Congress 2025: Cardiología sin fronteras

Madrid fue el escenario del Congreso Europeo de Cardiología 2025, celebrado junto al World Congress of Cardiology y conmemorando los 75 años de la Sociedad Europea de Cardiología. Bajo el lema "Cardiology Beyond Borders", el encuentro reunió a más de 30 000 profesionales de todo el mundo, con un enfoque en salud global, innovación y equidad en el acceso a la atención cardiovascular.

Uno de los puntos centrales fue la presentación de nuevas guías clínicas sobre valvulopatías, miocarditis/pericarditis y enfermedad cardiovascular en el embarazo, así como una actualización sobre dislipidemias y un consenso sobre salud mental. Estos documentos subrayan la necesidad de un abordaje integral del paciente, más allá de los algoritmos terapéuticos.

Las sesiones Hot Line mostraron resultados de ensayos con impacto inmediato. Estudios como REBOOT-CNIC y BETAMI-DANBLOCK cuestionan el uso prolongado de betabloqueantes tras infarto en pacientes con función preservada. En insuficiencia cardíaca, DAPA ACT HF-TIMI 68 y VICTOR confirmaron beneficios de dapagliflozina y vericiguat, mientras que PARACHUTE-HF evaluó sacubitril/valsartán en cardiomiopatía chagásica, de gran relevancia para Latinoamérica. En miocardiopatía hipertrófica, los ensayos MAPLE-HCM y ODYSSEY-HCM exploraron terapias dirigidas con aficamten y mavacamten, marcando un hito en el tratamiento no invasivo. Además, estudios como KARDIA-3 (zilebesiran) y BaxHTN abrieron el camino a nuevas estrategias en hipertensión arterial.

El ensayo DANCAVAS 2 también generó debate al mostrar que el tamizaje cardiovascular poblacional en hombres de 60 a 64 años no redujo la mortalidad global y aumentó el riesgo de sangrado. Este hallazgo refuerza la necesidad de evaluar cuidadosamente los programas de prevención primaria y su verdadero impacto en salud pública.

Más allá de los resultados, el congreso destacó por su innovación en formatos: sesiones interactivas con investigadores, charlas sobre ética e inteligencia artificial, y la inclusión de la voz del paciente. La cardiología se proyecta así hacia un futuro más participativo, digital y global.

FINERENONA Y EMPAGLIFLOZINA EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DIABETES TIPO 2: CONFIDENCE TRIAL

Antecedentes

Los pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes tipo 2 tienen alto riesgo de progresión y eventos cardiovasculares. Tanto la finerenona (antagonista del receptor mineralocorticoide) como los iSGLT2 (como empagliflozina) reducen albuminuria, pero no había evidencia sólida de iniciar ambos en conjunto.

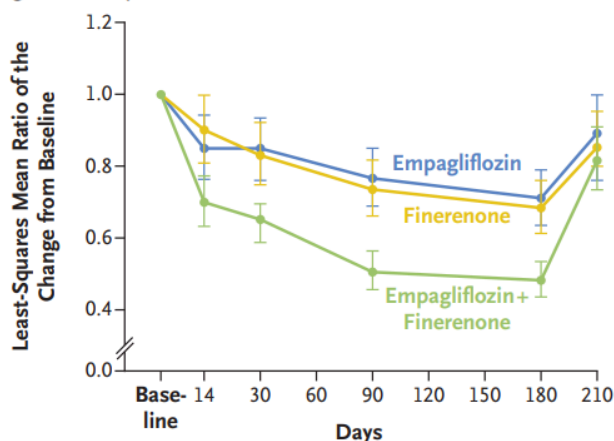
Métodos

- **Diseño:** Ensayo fase 3, doble ciego, aleatorizado.
- **Participantes:** 800 adultos con ERC (TFG 30–90), albuminuria y DM2, todos con IECA/ARA-II.
- **Intervención:** Finerenona, empagliflozina o ambos.
- **Duración:** 180 días + seguimiento 30 días.
- **Desenlace primario:** Cambio en la razón albúmina/creatinina urinaria (UACR).

Resultados

- **Reducción UACR:**
 - **Finerenona:** -32%
 - **Empagliflozina:** -29%
 - **Combinación:** -52% ($p < 0.001$).
- **Seguridad:** efectos adversos bajos, hiperkalemia menos frecuente en la combinación; descenso de eGFR inicial, reversible.

A Change in Urinary Albumin-to-Creatinine Ratio



No. of Patients

Finerenone	258	247	248	237	236	227
Empagliflozin	261	254	252	246	238	232
Empagliflozin+finerenone	265	248	253	248	240	238

Conclusiones

El inicio simultáneo de finerenona + empagliflozina reduce significativamente la albuminuria más que cada fármaco solo, con buen perfil de seguridad. Este enfoque podría superar la terapia escalonada y ofrecer protección renal temprana en pacientes con ERC y diabetes tipo 2

ASPIRINA EN SÍNDROME CORONARIO CRÓNICO CON ANTICOAGULACIÓN ORAL: AQUATIC TRIAL

Antecedentes

En pacientes con síndrome coronario crónico y antecedente de stent, un subgrupo requiere anticoagulación oral a largo plazo (ej. fibrilación auricular). La estrategia óptima de antitrombosis es incierta: añadir aspirina podría reducir eventos isquémicos, pero aumenta el riesgo de sangrado.

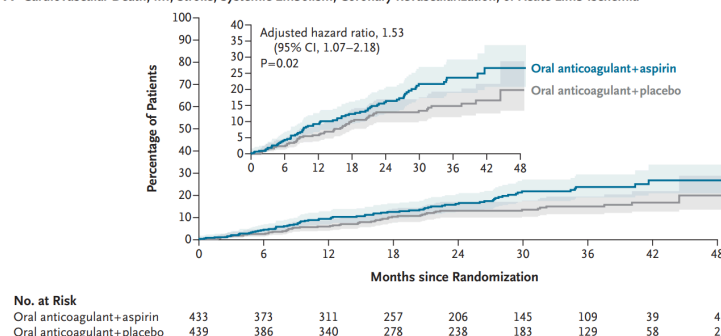
Métodos

- **Diseño:** Ensayo multicéntrico, doble ciego, aleatorizado (AQUATIC).
- **Participantes:** 872 pacientes con SCA crónico, stent implantado >6 meses y alto riesgo aterotrombótico, todos en anticoagulación oral.
- **Intervención:** Aspirina 100 mg/día vs placebo, ambos sobre anticoagulación.
- **Seguimiento:** Mediana 2.2 años (interrumpido precozmente).
- **Desenlace primario:** Compuesto de muerte CV, IAM, ACV, embolia sistémica, revascularización coronaria o isquemia aguda de extremidades.

Resultados

- **Eventos primarios:** 16.9% con aspirina vs 12.1% con placebo (HR 1.53; $p = 0.02$).
- **Mortalidad total:** 13.4% vs 8.4% (HR 1.72; $p = 0.01$).
- **Sangrado mayor (ISTH):** 10.2% vs 3.4% (HR 3.35; $p < 0.001$).
- **El ensayo fue detenido por exceso de muertes en el grupo aspirina.**

A Cardiovascular Death, MI, Stroke, Systemic Embolism, Coronary Revascularization, or Acute Limb Ischemia



Conclusiones

En pacientes con síndrome coronario crónico y anticoagulación oral, la adición de aspirina:

- Aumentó eventos cardiovasculares, mortalidad y sangrado mayor.
- No redujo la tasa de trombosis de stent ni otros eventos aterotrombóticos.

CAGRILINTIDA-SEAGLUTIDA EN OBESIDAD Y DIABETES TIPO 2: REDEFINE 2 TRIAL

Antecedentes

La mayoría de los pacientes con diabetes tipo 2 presentan sobrepeso u obesidad. Semaglutida (agonista GLP-1) y cagrilintida (análogo de amilina) inducen pérdida de peso por mecanismos complementarios. Se evaluó la eficacia de su combinación fija (CagriSema) frente a placebo.

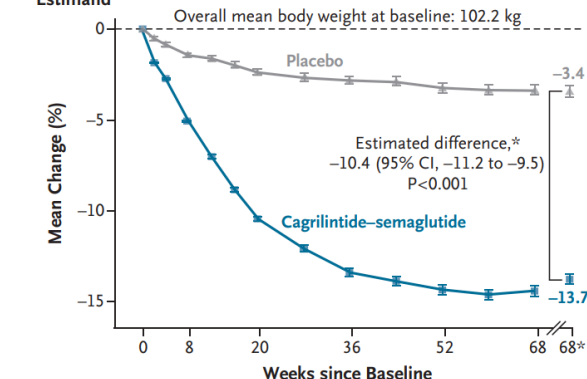
Métodos

- **Diseño:** Ensayo fase 3a, multicéntrico, doble ciego, aleatorizado.
- **Participantes:** 1,206 adultos con IMC ≥ 27 , HbA1c 7–10% y diabetes tipo 2.
- **Intervención:** Cagrilintida 2.4 mg + semaglutida 2.4 mg semanal vs placebo, ambos con intervención en estilo de vida.
- **Duración:** 68 semanas.
- **Desenlaces primarios:** Cambio porcentual de peso y proporción con $\geq 5\%$ de reducción ponderal.

Resultados

- **Pérdida de peso:** -13.7% con CagriSema vs -3.4% placebo (diferencia -10.4 p.p.; $p < 0.001$).
- **Reducción $\geq 5\%$ de peso:** 83.6% vs 30.8%.
- **Reducción $\geq 20\%$ de peso:** 22.9% vs 0.5%.
- **Control glucémico:** HbA1c -1.8 puntos vs -0.4; 73.5% alcanzaron HbA1c $\leq 6.5\%$ (vs 15.9%).
- **Otros beneficios:** Reducción de cintura (-11.9 cm), PA sistólica (-6.5 mmHg) y mejoría en función física y calidad de vida.

A Change in Body Weight from Baseline with Treatment-Policy Estimand



No. at Risk	0	8	20	36	52	68	68*
Cagrilintide-semaglutide	904	888	872	855	845	837	904
Placebo	302	296	291	283	276	274	302

Conclusiones

- El tratamiento semanal con CagriSema produjo pérdida de peso clínicamente significativa, mejor control glucémico y beneficios cardiometabólicos en personas con diabetes tipo 2 y obesidad. Su perfil de seguridad fue consistente con los componentes individuales, destacando los efectos gastrointestinales.

CAGRILINTIDA-SEAGLUTIDA EN OBESIDAD SIN DIABETES: REDEFINE 1 TRIAL

Antecedentes

Los tratamientos actuales (dieta, ejercicio y fármacos como la semaglutida 2.4 mg) logran reducciones de peso relevantes, pero aún existe un margen de mejora. Cagrilintida, un análogo de amilina, reduce la ingesta y puede potenciar el efecto de la semaglutida. El estudio REDEFINE 1 evaluó la combinación fija semanal (CagriSema) en adultos con obesidad sin diabetes.

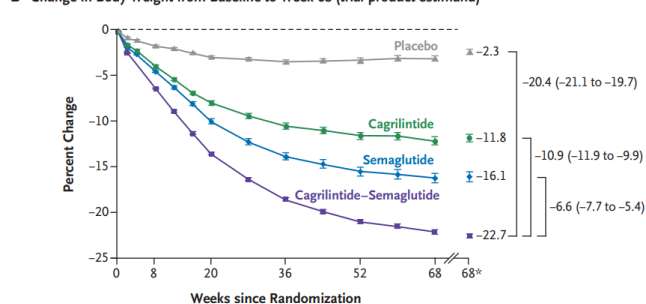
Métodos

- **Diseño:** Ensayo clínico fase 3a, multicéntrico, doble ciego, controlado con placebo.
- **Participantes:** 1,219 adultos con IMC ≥ 30 (o ≥ 27 con comorbilidades), sin diabetes.
- **Intervención:** CagriSema (cagrilintida 2.4 mg + semaglutida 2.4 mg/semana) vs placebo, más intervención en estilo de vida.
- **Duración:** 68 semanas.
- **Desenlaces primarios:** % de reducción de peso y proporción con pérdida $\geq 5\%$.

Resultados

- **Pérdida de peso (68 semanas):**
 - CagriSema: -18.5%
 - Placebo: -2.3%
 - Diferencia: -16.2 p.p. ($p < 0.001$).
- **Reducción $\geq 5\%$ de peso:** 92.3% (CagriSema) vs 28.1% (placebo).
- **Reducción $\geq 20\%$ de peso:** 46.3% vs 3.0%.
- **Otros beneficios:** reducción de cintura (-14.8 cm), mejoría significativa en calidad de vida y función física.

B Change in Body Weight from Baseline to Week 68 (trial-product estimand)



No. at Risk	0	8	20	36	52	68	68*
Placebo	705	672	619	551	487	452	705
Cagrilintide	302	290	275	262	250	223	302
Semaglutide	302	290	269	253	238	220	302
Cagrilintide-semaglutide	2108	2016	1837	1691	1586	1455	2108

Conclusiones

- La combinación semanal de cagrilintida-semaglutida produjo una pérdida de peso sin precedentes (≈ 18 –19%) en adultos con obesidad sin diabetes, junto con mejoras metabólicas y de calidad de vida. Su perfil de seguridad fue consistente con los efectos gastrointestinales conocidos.

2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias

Principales Cambios:

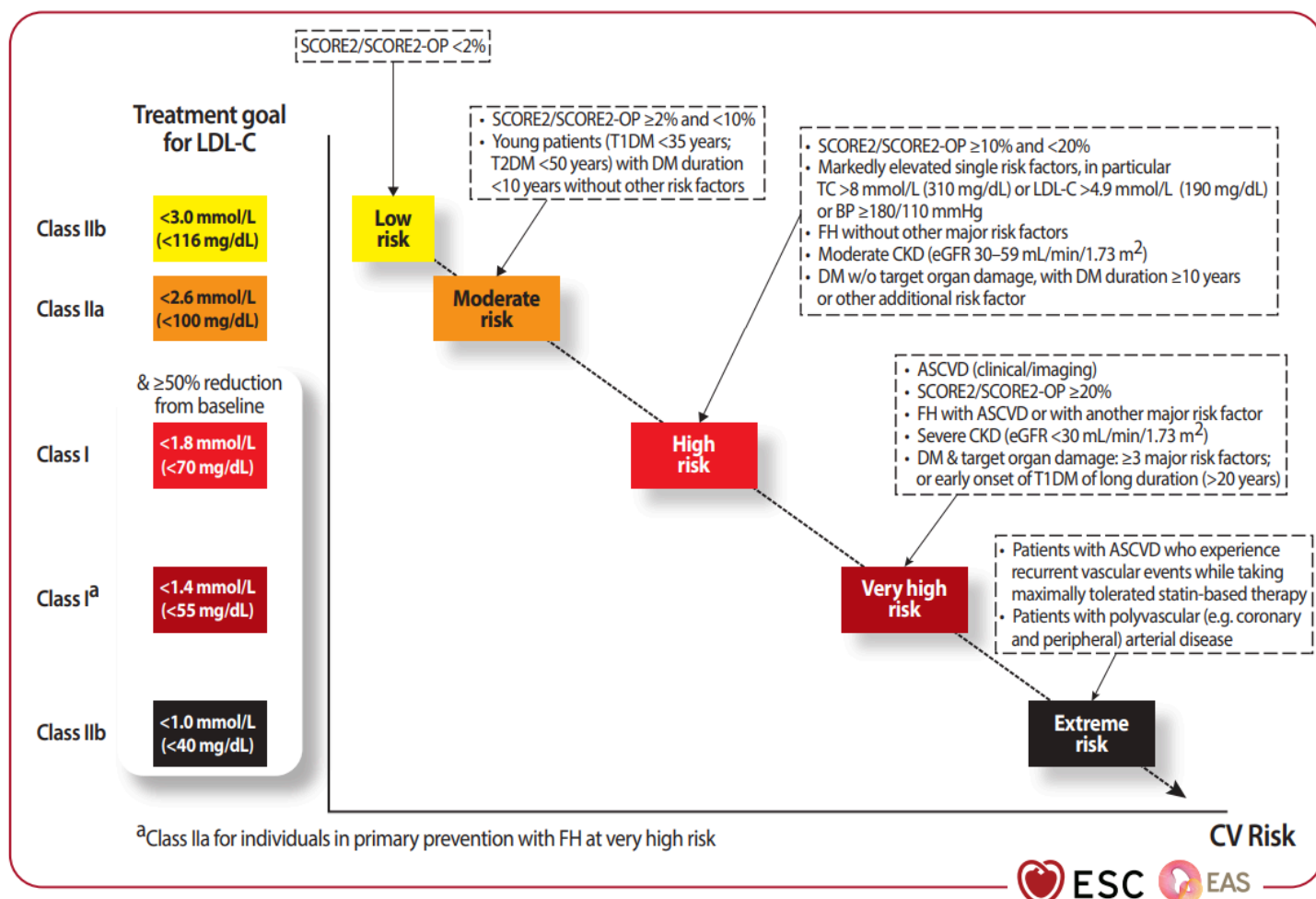
- **Riesgo cardiovascular:** se incorporan los algoritmos SCORE2 y SCORE2-OP (para personas de 40–89 años), que estiman riesgo de eventos CV fatales y no fatales a 10 años, usando colesterol no-HDL y factores de riesgo adicionales.
- **Nuevas terapias hipolipemiantes:**
 - **Bempedoico:** inhibidor de ATP-citrato liasa, reduce LDL-C ≈23% en monoterapia y 38% combinado con ezetimiba. El ensayo CLEAR Outcomes mostró reducción de MACE en pacientes intolerantes a estatinas (HR 0.87).
 - **Inclisirán:** ARN de interferencia que reduce LDL-C ≈50%; ensayos de desenlaces en curso (2026–2027).
 - **Evinacumab:** anticuerpo contra ANGPTL3, reduce LDL-C ≈50% en hipercolesterolemia familiar homocigota.
- **Síndromes coronarios agudos (SCA):** se enfatiza la estrategia “the sooner, the lower, the better”: iniciar estatina de alta intensidad más combinación precoz con ezetimiba o PCSK9i durante la hospitalización, sin esperar semanas para intensificar.
- **Lipoproteína(a):** medir al menos una vez en la vida. Valores >50 mg/dL (≥105 nmol/L) se consideran modificador de riesgo y pueden reclasificar al paciente.
- **Hipertrigliceridemia:** se refuerza el uso de cambios en estilo de vida; en casos seleccionados se recomienda terapia farmacológica (ej. fibratos, ácidos grasos omega-3 de alta dosis).
- **Prevención primaria en VIH:** uso de estatinas (pitavastatina) en pacientes con riesgo cardiovascular alto o muy alto.
- **Pacientes con cáncer y riesgo de cardiotoxicidad por quimioterapia:** considerar estatinas como prevención cardiovascular.
- **Suplementos:** no se recomienda su uso rutinario para prevención cardiovascular.

Table 3 Cardiovascular risk categories

Very high risk	People with any of the following: • Documented ASCVD, either clinical or unequivocal on imaging. Documented ASCVD includes previous ACS (MI or unstable angina), chronic coronary syndromes, coronary revascularization (PCI, CABG, and other arterial revascularization procedures), stroke and TIA, and peripheral arterial disease. Unequivocally documented ASCVD on imaging includes those findings that are known to be predictive of clinical events, such as significant plaque^a on coronary angiography or CT scan or on carotid or femoral ultrasound or markedly elevated CAC score by CT^b • DM with target organ damage,^c or at least three major risk factors, or early onset of T1DM of long duration (>20 years) • Severe CKD (eGFR <30 mL/min/1.73 m²) • A calculated SCORE2 or SCORE2-OP ≥20% for 10 year risk of fatal or non-fatal CVD • FH with ASCVD or with another major risk factor
High risk	People with any of the following: • Markedly elevated single risk factors, in particular TC >8 mmol/L (>310 mg/dL), LDL-C >4.9 mmol/L (>190 mg/dL), or BP ≥180/110 mmHg • Patients with FH without other major risk factors • Patients with DM without target organ damage,^c with DM duration ≥10 years or another additional risk factor • Moderate CKD (eGFR 30–59 mL/min/1.73 m²) • A calculated SCORE2 or SCORE2-OP ≥10% and <20% for 10 year risk of fatal or non-fatal CVD
Moderate risk	People with any of the following: • Young patients (T1DM <35 years; T2DM <50 years) with DM duration <10 years, without other risk factors • Calculated SCORE2 or SCORE2-OP ≥2% and <10% for 10 year risk of fatal or non-fatal CVD
Low risk	• Calculated SCORE2 or SCORE2-OP <2% for 10 year risk of fatal or non-fatal CVD

© ESC/EAS 2025

OBJETIVOS DE LDL-C SEGÚN RIESGO CARDIOVASCULAR – GUÍA ESC/EAS 2025



Clasificación del Riesgo CV

La estratificación se basa en SCORE2/SCORE2-OP y condiciones clínicas específicas:

- **Riesgo bajo:** SCORE2 <2%.
- **Riesgo moderado:** SCORE2 ≥2% y <10% o jóvenes con DM de corta duración sin otros factores.
- **Riesgo alto:** SCORE2 ≥10% y <20%, dislipemia severa (LDL-C >190 mg/dL), HTA severa, DM ≥10 años, enfermedad renal crónica moderada (TFG 30–59).
- **Riesgo muy alto:** ASCVD clínico o por imagen, SCORE2 ≥20%, DM con daño de órgano o ≥3 factores, CKD severa (TFG <30), FH con otro factor mayor.
- **Riesgo extremo:** Pacientes con ASCVD y recurrencia vascular pese a terapia máxima o enfermedad polivascular.

Metas de LDL-C

Según la categoría, el objetivo de LDL-C es más estricto:

- **Riesgo bajo:** <3.0 mmol/L (<116 mg/dL).
- **Riesgo moderado:** <2.6 mmol/L (<100 mg/dL).
- **Riesgo alto:** <1.8 mmol/L (<70 mg/dL) y ≥50% reducción desde basal.
- **Riesgo muy alto:** <1.4 mmol/L (<55 mg/dL) y ≥50% reducción.
- **Riesgo extremo:** <1.0 mmol/L (<40 mg/dL) y ≥50% reducción.

Mensaje clave

- La guía reafirma el concepto “cuanto antes y cuanto más bajo el LDL-C, mejor”, adaptando las metas según el riesgo global.
- Se introduce la categoría “riesgo extremo”, donde se busca LDL-C <40 mg/dL, reflejando la necesidad de intervenciones más agresivas en pacientes con recurrencia de eventos a pesar de terapia óptima



2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy

El embarazo es una etapa única que implica profundos cambios en el organismo de la mujer. Para aquellas con una enfermedad cardiovascular previa, este proceso puede suponer un reto clínico significativo y, en algunos casos, un riesgo para la madre y el bebé.

¿Qué hay de nuevo en la guía ESC 2025?

◆ El Pregnancy Heart Team

Ahora tiene un capítulo exclusivo. Se recomienda que todas las mujeres con riesgo cardiovascular moderado o alto sean evaluadas y seguidas por este equipo, desde antes de la concepción hasta el parto.

◆ Clasificación mWHO 2.0

Se ha refinado la estratificación del riesgo materno, lo que permite un consejo más individualizado para la mujer y su familia.

◆ Tratamientos farmacológicos

La guía ofrece tablas y esquemas claros sobre qué fármacos están contraindicados y cuáles pueden usarse durante el embarazo y la lactancia.

◆ Peripartum Cardiomyopathy (PPCM)

Ahora cuenta con una sección propia, con recomendaciones sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

◆ Adverse Pregnancy Outcomes (APO)

Se incluye una nueva sección dedicada al impacto de complicaciones como la preeclampsia, el parto prematuro o la pérdida gestacional en el riesgo cardiovascular futuro de la madre.

¿Cómo aplicar la guía en la práctica?

1. Antes del embarazo

- Identificar el riesgo con la mWHO 2.0.
- Consejería clara sobre riesgos, opciones reproductivas y anticoncepción.
- Involucrar al Pregnancy Heart Team desde el inicio.

2. Durante el embarazo

- Monitorear biomarcadores (BNP, NT-proBNP) y usar ecocardiografía cuando sea necesario.
- Ajustar la medicación según seguridad materno-fetal.
- Usar algoritmos clínicos de la guía para hipertensión, arritmias, valvulopatías o cardiomiopatías.

3. En el parto

- Preferir el parto vaginal, salvo contraindicaciones obstétricas o cardiológicas.
- Definir un plan documentado para analgesia, anticoagulación y monitoreo hemodinámico.

4. En el postparto

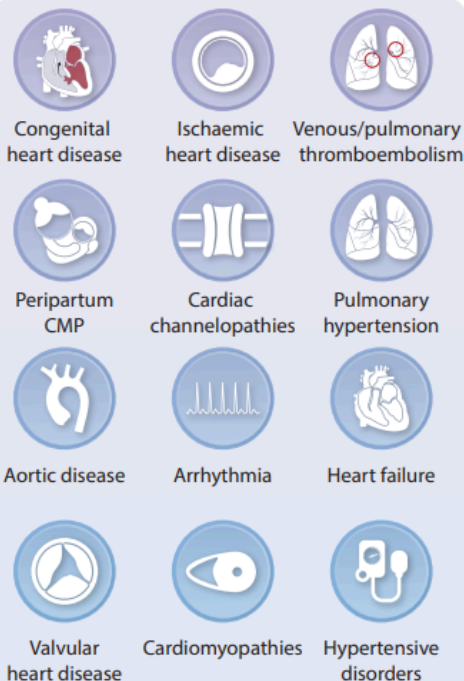
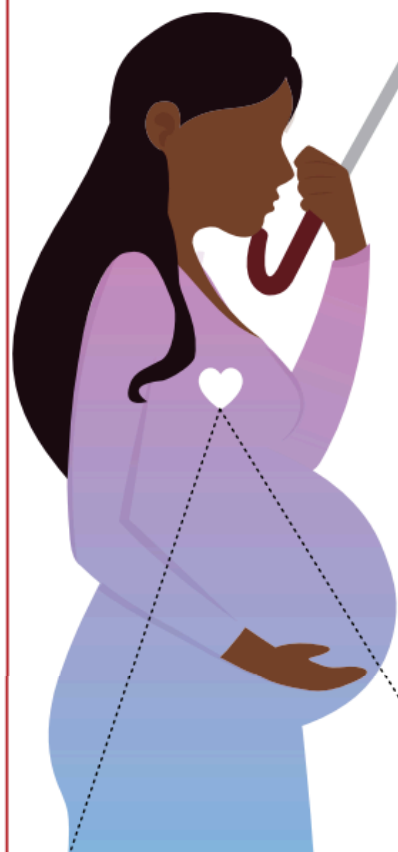
- Vigilancia estrecha durante las primeras 6 semanas, periodo de mayor riesgo.
- Evaluar lactancia en función de los fármacos usados.
- No olvidar el impacto psicológico: depresión postparto, ansiedad o estrés.

5. A largo plazo

- Registrar siempre los APO como parte de la historia clínica.
- Ofrecer seguimiento en clínicas de salud cardiovascular de la mujer para prevenir complicaciones futuras.

Pregnancy Heart Team

Extended with specific multidisciplinary teams if indicated



Pre-conception

- Risk assessment mWHO 2.0
- Genetic counselling
- Lifestyle counselling
- Reproductive technology
- Drug review
- Clinical optimization
- Contraception



Pregnancy

- Disease-specific
- Regular follow-up and risk assessment
 - Regular foetal assessment
 - Documented delivery plan



Delivery (plan)

- Timing and mode of delivery
- Foetal and maternal monitoring
- Anaesthesia and pain relief methods
- Drug management and bleeding control
- Device management



Post-partum

- Breastfeeding and lactation
- Contraception
- Maternal cardiac follow-up



Long term

- Identify adverse pregnancy outcome
- Women's Heart Clinic
- Cardiovascular risk factor screening

REBOOT y BETAMI-DANBLOCK

Los ensayos REBOOT y BETAMI-DANBLOCK han generado un debate intenso en la cardiología contemporánea sobre el papel real de los betabloqueantes tras el infarto agudo de miocardio (IAM) en pacientes con fracción de eyección preservada o levemente reducida.

- **REBOOT aporta un mensaje disruptivo:** en pacientes con FEVI $\geq 50\%$ y sin insuficiencia cardiaca, los betabloqueantes **no reducen la mortalidad ni los eventos cardiovasculares** y, de forma llamativa, podrían incluso aumentar el riesgo en mujeres. Esto cuestiona la práctica histórica de prescribirlos de forma casi automática después de un IAM, práctica que se sostenía más por inercia y por estudios de otra era terapéutica (cuando no existían estatinas potentes, inhibidores de SGLT2 o angioplastia primaria rutinaria).
- **BETAMI-DANBLOCK**, en cambio, señala que en pacientes con FEVI $\geq 40\%$, los betabloqueantes sí muestran un beneficio, aunque modesto, en la reducción de eventos cardiovasculares mayores. Esto sugiere que los pacientes con **disfunción ventricular leve (40-49%)** podrían ser quienes aún se beneficien más del tratamiento.
- El **meta-análisis** que integró REBOOT, BETAMI, DANBLOCK y CAPITAL-RCT confirma esta hipótesis: en FEVI ligeramente reducida, los betabloqueantes disminuyen el riesgo relativo de muerte, reinfarto o IC en un 25%.

Implicaciones clínicas

- El dogma de “todos los pacientes con IAM deben recibir betabloqueantes de por vida” ya no es sostenible.
- En FEVI conservada ($\geq 50\%$) y sin IC, la indicación debe reconsiderarse; podrían suspenderse, especialmente en mujeres, dado el posible daño.
- En FEVI 40-49%, los betabloqueantes siguen teniendo un lugar, con evidencia de beneficio.
- El uso debe ser individualizado, teniendo en cuenta edad, sexo, FEVI, síntomas de IC y comorbilidades.

REBOOT

Beta-blockers after MI in patients with LVEF $\geq 40\%$

Presenter: Borja Ibanez (CNIC and Fundacion Jimenez Diaz Hospital - Madrid, Spain)

ESC
European Society of Cardiology

#ESCCongress 2025

Conclusion

Beta-blocker therapy showed no evidence of benefit in patients with MI managed invasively who had LVEF $\geq 40\%$.

Implications

These findings do not exclude that beta-blockers may be beneficial in patients with mildly reduced LVEF (40-49%) as suggested by subset analyses.

Objective

- To re-examine the role of beta-blockers among patients with uncomplicated MI and LVEF $>40\%$

Methods

- MI and invasive management during index hospitalisation
- Predischarge LVEF $>40\%$ and no HF

8,505 patients randomised 1:1

Beta-blocker
 No beta-blocker

Median follow-up: 3.7 years

Italy and Spain

Results

Primary endpoint	All-cause death, nonfatal reinfarction or HF admission
Beta-blocker	22.5/1,000 PY
No beta-blocker	21.7/1,000 PY

HR 1.04; 95% CI 0.89-1.22; p=0.63

	All-cause death	Nonfatal reinfarction	HF admissions
Beta-blocker	HR 1.06; 95% CI 0.85-1.33	HR 1.01; 95% CI 0.80-1.27	HR 0.89; 95% CI 0.58-1.38
No beta-blocker			

BETAMI-DANBLOCK

Beta-blockers in MI and LVEF $\geq 40\%$

Presenter: Dan Atar (Oslo University Hospital Ullevål - Oslo, Norway)

ESC
European Society of Cardiology

#ESCCongress 2025

Conclusion

Beta-blockers significantly reduced all-cause mortality and major adverse CV outcomes vs. no beta-blockers in patients after an MI with LVEF $\geq 40\%$

Implications

The effects of beta-blockers remain clinically relevant in patients without reduced LVEF. However, the results must be considered alongside other recent and ongoing trials to determine their implications for clinical practice.

Objective

- To assess the effects of beta-blocker therapy on CV outcomes in patients after MI who had LVEF $\geq 40\%$ without HF

Methods

- MI within 7 days (BETAMI) or 14 days (DANBLOCK) and LVEF $\geq 40\%$
- No clinical diagnosis of HF

5,574 patients randomised 1:1

Long-term beta-blocker
 No beta-blocker

Median follow-up: 3.5 months

Denmark and Norway

Results

Primary endpoint	All-cause mortality, new MI, unplanned coronary revascularisation, ischaemic stroke, HF or malignant ventricular arrhythmias
Beta-blocker	14.2%
No beta-blocker	16.3%

HR 0.85; 95% CI 0.75-0.98; p=0.027

	All-cause mortality	New MI
Beta-blocker	4.2%	5.0%
No beta-blocker	4.4%	6.7%

HR 0.94; 95% CI 0.73-1.21

HR 0.73; 95% CI 0.59-0.92

ARTÍCULO DE REVISIÓN · Artículos en prensa, 13 de agosto de 2025 · Acceso Abierto

El continuo de la prevención y la insuficiencia cardíaca en la medicina cardiovascular: una declaración científica conjunta de la Heart Failure Society of America y la American Society for Preventive Cardiology

PRIMARY PREVENTION		SECONDARY PREVENTION		TERTIARY PREVENTION
STAGE A (At Risk)	STAGE B (Pre-HF)	STAGE C ¹ (Symptomatic)	Stage D ¹ (Advanced)	POST-ADVANCED THERAPY (OHT, VAD)
	ICD IF LVEF≤30% (>40 DAYS POST MI IN ICM)	ICD/CRT (when appropriate)		ASA, LIPID LOWERING THERAPIES (CAV PREVENTION IN OHT)
	BETA BLOCKER, ACEi/ARB if LVEF≤40%; SGLT2i (DM)	ARNi (LVEF<normal); ACE/ARB		
		MRA (LVEF<normal, eGFR>30)		
		BETA BLOCKERS (LVEF≤40%)		
		SGLT2i		ANTICOAGULATION (LVAD)
nsMRA (CKD, DM)	SGLT2i (DM, CKD)			
nsMRA (CKD, DM, LVEF≥ 40%)				
GLP-1RAs (CKD, DM) (? benefit if LVEF ≤ 40%)				
HF Prevention RISK SCORES	CARDIAC REHAB			
GENETIC SCREENING/COUNSELING				
BIOMARKERS: NATRIURETIC PEPTIDE ASSESSMENT				
PSYCHOLOGICAL WELL-BEING				
LIFE'S ESSENTIAL EIGHT BP & Lipid Control, DM Management, Exercise, Sleep, Smoking Cessation, Weight Management, Diet & Nutrition Counseling				

En la prevención primaria, que corresponde a los estadios A y B, el énfasis está en actuar antes de que aparezcan síntomas o daño estructural. En estadio A (en riesgo), las recomendaciones se centran en controlar los factores de riesgo con fármacos como antagonistas no esteroideos de mineralocorticoides (nsMRA) en pacientes con diabetes o enfermedad renal crónica, y con inhibidores SGLT2 en diabéticos. En estadio B (pre-IC), cuando ya hay daño estructural sin síntomas, se indica el uso de betabloqueadores, IECA/ARA II en FEVI ≤40%, e ICD en pacientes con infarto previo y FEVI ≤30%.

En la prevención secundaria, dirigida a los estadios C y D (IC sintomática y avanzada), se integran terapias con fuerte respaldo en ensayos clínicos. Aquí aparecen los dispositivos (ICD/CRT) en pacientes seleccionados, así como tratamientos farmacológicos como ARNi, betabloqueadores, antagonistas de mineralocorticoides (MRA) y SGLT2i en todos los fenotipos de IC. También se incluye la rehabilitación cardíaca, el uso de nsMRA y, en casos específicos, los agonistas del receptor GLP-1, sobre todo en pacientes con diabetes o enfermedad renal.

La prevención terciaria se aplica después de terapias avanzadas como trasplante cardíaco o dispositivos de asistencia ventricular (VAD). En este contexto, se recomiendan estrategias específicas para prevenir complicaciones: antiagregación y estatinas para evitar vasculopatía en trasplante, anticoagulación en portadores de VAD, y continuar con fármacos como los SGLT2i en pacientes con comorbilidades como diabetes y enfermedad renal.

De manera transversal, en todos los estadios se destacan intervenciones que refuerzan la prevención global: el uso de escalas de riesgo para predecir IC, el cribado genético en pacientes con antecedentes familiares, la medición de biomarcadores como BNP o NT-proBNP, el apoyo en salud psicológica y, como base, los pilares de “Life’s Essential 8” de la AHA (control de presión arterial y lípidos, manejo de la diabetes, ejercicio regular, sueño adecuado, abandono del tabaco, control del peso, dieta saludable y consejería nutricional).

CURSOS Y CONGRESOS



TE ESPERAMOS

SO LA MI 2025

CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA INTERNA

17 AL 20 DE SEPTIEMBRE | PANAMÁ



XLVII CURSO INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA 2025

Inscripción

Categoría	Inscripción	S/.
Médicos NO miembros SPMI	-----	480.00
Médicos miembros SPMI	-----	400.00
Residentes y Cesantes	-----	380.00
Otros profesionales de la salud	-----	350.00
Estudiantes, Internos y Seruistas	-----	150.00
Extranjeros	-----	US\$ 150.00

Nota: Precios no incluye IGV
Depósito o transferencia bancaria a favor de: SOCIEDAD PERUANA DE MEDICINA INTERNA
Cta. Cte. Soles N° 000-0232246 del Scotiabank
Código Interbancario 009 269 000000232246 29

Válido para la recertificación



SAVE THE DATE

XLVI CONGRESO CHILENO MEDICINA INTERNA

Integrando ideas, aterrizando el saber

10 al 12 de Septiembre, 2025

Hotel W, Santiago



XV Congreso Internacional de HIPERTENSIÓN ARTERIAL 2025

“Dr. Rodolfo Barreto F.”

25-28 SET 2025

MODALIDAD VIRTUAL

TEMAS

- Inteligencia artificial en hipertensión
- Medición de la presión sin brazaletes
- Armonización de las guías europea de cardiología, hipertensión, latinoamericana y ACC/AHA
- Enfoques emergentes en hipertensión, inflamación y riesgo cardiovascular
- Situaciones especiales en el manejo de la hipertensión arterial
- Imágenes en hipertensión arterial
- Hipertensión arterial y salud cardiovascular de la mujer
- Denervación renal
- Hipertensión en el niño y adolescente
- Hipertensión arterial en el adulto mayor: problemas no resueltos
- Hipertensión nocturna
- Hipertensión arterial, obesidad y enfoque cardiometabólico



CARDIOFEST CONGRESO INTERNACIONAL EN EMERGENCIAS CARDIOVASCULARES

26, 27 Y 28 de Septiembre

Modalidad: En Vivo y On Demand

