Artículo de revisión
RevUrugCardiol 2026; 41:e404
doi: 10.29277/cardio.41.1.14

Lo mejor del Congreso Europeo de Cardiología 2025

Sabrina Pereira[1], Jessica Olivera Sosa[1]

Resumen

En 2025, el Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) fue celebrado en Madrid entre el 29 de agosto y el 1 de septiembre. Este reconocido evento una vez más reunió a la comunidad cardiológica mundial con más de 30.000 participantes, bajo el lema Salud global: Cardiología sin fronteras. Se compartieron los resultados de investigaciones innovadoras, nuevas guías clínicas y debates sobre el futuro de la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. A continuación, resumimos los principales hallazgos y mensajes clínicos del congreso.

Palabras clave CONGRESO ESC 2025
CARDIOLOGÍA
GUÍAS CLÍNICAS
AVANCES TERAPÉUTICOS
INVESTIGACIÓN CARDIOVASCULAR
SALUD GLOBAL
PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

The best of the European Cardiology Congress

Abstract

In 2025, the European Society of Cardiology (ESC) Congress was held in Madrid from August 29 to September 1. This renowned event once again brought together the global cardiology community, with over 30,000 participants, under the theme Global Health: Cardiology without Borders. The results of groundbreaking research, new clinical guidelines, and discussions on the future of cardiovascular disease prevention and treatment were shared. Below, we summarize the main findings and clinical messages from the congress.

Key words ESC 2025 CONGRESS
CARDIOLOGY
CLINICAL GUIDELINES
THERAPEUTIC ADVANCES
CARDIOVASCULAR RESEARCH
GLOBAL HEALTH
CARDIOVASCULAR PREVENTION

1. Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas.
Correspondencia: Sabrina Pereira. Correo electrónico: pereirasabrirodri@gmail.com
Recibido: Nov 11, 2025; aceptado: Abr 28, 2026.

O melhor do Congresso Europeu de Cardiologia

Resumo

No ano 2025, o Congresso da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) foi realizado em Madri, de 29 de agosto a 1 de setembro. Este renomado evento reuniu mais uma vez a comunidade global de cardiologia, com mais de 30.000 participantes, sob o tema Saúde global: Cardiologia sem fronteiras. Foram compartilhados os resultados de pesquisas inovadoras, novas diretrizes clínicas e discussões sobre o futuro da prevenção e do tratamento de doenças cardiovasculares. Abaixo, resumimos as principais conclusões e mensagens clínicas do congresso.

Palavras-chave CONGRESSO ESC 2025
CARDIOLOGIA
DIRETRIZES CLÍNICAS
AVANÇOS TERAPÊUTICOS
PESQUISA CARDIOVASCULAR
SAÚDE GLOBAL
PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR

Dapagliflozina en insuficiencia cardíaca aguda: resultados del estudio DAPA-ACT HF y metaanálisis de iSGLT2

El uso de los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) ha transformado el manejo de la insuficiencia cardíaca (IC), tanto en pacientes con fracción de eyección reducida (ICFEr) como preservada (ICFEp). Sin embargo, persistían interrogantes sobre su efectividad al ser iniciados durante la hospitalización por IC aguda. Se presentaron los resultados del ensayo DAPA-ACT HF-TIMI 68, que evaluó la dapagliflozina en este contexto, junto con un metaanálisis conjunto de los principales estudios con iSGLT2 en IC aguda (DAPA-ACT HF, EMPULSE y SOLOIST-WHF).

DAPA-ACT HF-TIMI 68 fue un ensayo multicéntrico, aleatorizado y doble ciego, que incluyó 2.401 pacientes hospitalizados por IC aguda (con ICFEr o ICFEp), que recibieron dapagliflozina 10 mg/día o placebo iniciados durante la internación, una vez alcanzada la estabilidad clínica. El criterio primario combinó muerte cardiovascular o empeoramiento de la IC a los 2 meses. Los criterios secundarios incluyeron mortalidad total y seguridad renal. Durante el seguimiento a 60 días, el objetivo primario ocurrió en 10,7% de los pacientes tratados con dapagliflozina y 12,3% en el grupo placebo (HR 0,86; IC 95% 0,68-1,08; p = 0,20), sin alcanzar significación estadística. Tampoco se observaron diferencias en los componentes individuales: muerte cardiovascular (HR 0,78; IC 95% 0,48-1,27) ni empeoramiento de la IC (HR 0,91; IC 95% 0,71-1,18). Sin embargo, se observó una tendencia favorable en la mortalidad total (3,0% vs. 4,5%; HR 0,66; IC 95% 0,43-1,00), cercana al umbral de significación. En cuanto a la seguridad, la dapagliflozina mostró un perfil aceptable, con ligera mayor incidencia de hipotensión sintomática (3,6% vs. 2,2%) y deterioro renal leve (5,9% vs. 4,7%).

El análisis conjunto de DAPA-ACT HF, EMPULSE y SOLOIST-WHF (que abarca aproximadamente 6.000 pacientes en total) reveló resultados significativamente favorables para los iSGLT2: muerte cardiovascular o empeoramiento de IC: HR 0,71 (IC 95% 0,54-0,93; p = 0,012) y mortalidad por todas las causas: HR 0,57 (IC 95% 0,41-0,80; p = 0,001). Estos datos sugieren un beneficio consistente cuando los inhibidores se inician de manera precoz, esto es, durante la hospitalización o inmediatamente después del alta.

En conclusión, el ensayo DAPA-ACT HF mostró un resultado neutro a corto plazo, dado que el seguimiento de solo 2 meses probablemente fue insuficiente para capturar el beneficio completo de los iSGLT2, cuyo efecto se consolida con el tiempo. El metaanálisis global confirma que los iSGLT2, iniciados precozmente en la IC aguda, reducen de manera significativa la mortalidad y las rehospitalizaciones. Estos hallazgos consolidan a los iSGLT2 como una terapia universal y de inicio temprano en todo el espectro de la IC[1].

DIGIT-HF: beneficio de la digitoxina en IC con fracción de eyección reducida

El ensayo DIGIT-HF (Digitoxin in Patients with HFrEF) fue un estudio multicéntrico, realizado en 65 centros de Austria, Alemania y Serbia, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, diseñado para evaluar el efecto de la digitoxina en pacientes con ICFEr que ya recibían terapias recomendadas por las guías. Los niveles séricos de digitoxina se ajustaron entre 8 y 18 ng/mL para optimizar su eficacia y minimizar la toxicidad.

El objetivo principal fue evaluar la mejoría en el compuesto de tiempo hasta la primera hospitalización por empeoramiento de la IC y muerte por cualquier causa. Los objetivos secundarios eran demostrar la no inferioridad de la digitoxina en cuanto al tiempo hasta la muerte por cualquier causa, así como su superioridad respecto a la tasa de ingresos recurrentes por empeoramiento de la IC y muerte por cualquier causa. Se realizó un seguimiento a mediano plazo, con monitorización de eventos clínicos y niveles séricos de digitoxina.

En cuanto al diseño del estudio, la población seleccionada consistía en adultos con IC crónica de clase funcional NYHA III-IV y FEVI ≤ 40%, IC crónica NYHA II y FEVI ≤ 30% y en tratamiento por la IC durante al menos 6 meses. Se tomó como parámetros la digitoxina ajustada según niveles séricos vs. placebo.

La digitoxina redujo el desenlace primario en un 18% (HR 0,82; IC 95% 0,69-0,98; p = 0,03), con una reducción absoluta del riesgo del 4,6% (NNT = 22). Este beneficio fue evidente incluso en pacientes con terapia óptima vigente, lo que sugiere un efecto complementario. La toxicidad fue infrecuente cuando se mantuvieron los niveles séricos en rango terapéutico.

DIGIT-HF demuestra que los glucósidos cardíacos, tradicionalmente relegados, podrían ofrecer un beneficio adicional en ICFEr, especialmente en combinación con terapias modernas. La monitorización cuidadosa de niveles séricos es clave para maximizar eficacia y minimizar riesgos[2].

Vericiguat en pacientes con IC crónica y FEr

Este trabajo presenta un análisis conjunto de los ensayos clínicos VICTORIA y VICTOR, diseñados para evaluar el efecto de vericiguat, un modulador de la vía de la guanilato ciclasa soluble, en pacientes con ICFEr y curso clínico estable, sin episodios recientes de descompensación.

En este ensayo clínico en fase III, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, se incluyeron pacientes con IC clase funcional II-IV de la NYHA y FEVI < 40%, sin eventos de descompensación en los últimos meses. Los participantes fueron asignados a recibir vericiguat (dosis objetivo: 10 mg/día) o placebo, iniciando con 2,5 mg y escalando progresivamente. La aleatorización se estratificó según la clase funcional. Se exigieron concentraciones de NT-proBNP entre 600 y 6.000 pg/mL en ritmo sinusal, y entre 900 y 6.000 pg/mL en los pacientes portadores de fibrilación auricular. El punto final primario fue el tiempo hasta la muerte cardiovascular o empeoramiento de la IC. De 10.921 pacientes evaluados, 6.105 fueron aleatorizados (3.053 a vericiguat y 3.052 a placebo). La mediana de edad fue de 68 años; el 76,4% eran hombres y el 64,4% de raza blanca. Casi la mitad (47,5%) no tenía antecedentes de hospitalización por IC. El valor medio de FEVI fue de 30,4% y el NT-proBNP mediano de 1.375 pg/mL.

Durante el seguimiento, el punto final primario ocurrió en el 18,0% del grupo vericiguat frente al 19,1% del grupo placebo (HR 0,93; IC 95% 0,83-1,04; p = 0,22). Las hospitalizaciones por IC fueron similares (11,4% vs. 11,9%; HR 0,95; IC 95% 0,82-1,10). El número total de hospitalizaciones también fue comparable (549 vs. 597 eventos).

En conclusión, en pacientes estables con ICFEr y sin descompensación reciente, vericiguat no redujo significativamente el riesgo combinado de muerte cardiovascular o empeoramiento de la IC. No obstante, se observó una tendencia favorable en la reducción de mortalidad total, lo que justifica estudios adicionales para confirmar un posible beneficio clínico en esta población. En cuanto a las implicancias clínicas, vericiguat podría aportar un beneficio incremental en pacientes con IC estable tratados de manera óptima con betabloqueantes, inhibidores de la neprilisina, antagonistas del receptor mineralocorticoide (ARM) e iSGLT2. La ausencia de efecto en hospitalizaciones podría deberse al bajo riesgo basal y al uso extendido de terapias contemporáneas en la cohorte. Estos resultados invitan a continuar explorando el papel de vericiguat en la estratificación de riesgo y en el manejo individualizado de la IC crónica[3].

Estudio POTCAST: mantener niveles altos de potasio reduce arritmias en portadores de cardiodesfibrilador implantable

El potasio regula la excitabilidad miocárdica y la conducción eléctrica. En pacientes con enfermedad cardiovascular, tanto la hipopotasemia como los niveles bajos-normales se asocian con un mayor riesgo de arritmias y mortalidad, mientras que los niveles alto-normales (4,5-5,0 mmol/L) se relacionan con mejores desenlaces clínicos.

El estudio POTCAST es un ensayo multicéntrico, aleatorizado, abierto, con diseño de superioridad y basado en eventos, realizado en Dinamarca. Su objetivo fue evaluar si mantener niveles plasmáticos de potasio en el rango alto-normal (4,5-5,0 mmol/L) reduce las arritmias ventriculares en pacientes portadores de cardiodesfibrilador implantable (CDI) o terapia de resincronización cardíaca con desfibrilador (CRT-D) con potasio sérico basal ≤ 4,3 mmol/L. La estrategia se comparó con el tratamiento estándar y se analizó su impacto sobre arritmias ventriculares, hospitalizaciones y mortalidad.

El objetivo primario compuesto fue el tiempo hasta el primer evento de: taquicardia ventricular sostenida > 125 lpm durante > 30 segundos documentada, terapia apropiada del CDI, hospitalización no planificada > 24 h por arritmia o IC con cambio terapéutico o muerte por cualquier causa. Entre los objetivos secundarios se incluyeron mortalidad por cualquier causa, hospitalizaciones por IC o arritmias y terapia inapropiada del CDI.

Se asignaron 1.200 pacientes entre marzo de 2019 y setiembre de 2024 a intervención (suplementos de potasio y/o ARM) o tratamiento estándar. Tras 39,6 meses de seguimiento, el objetivo primario compuesto se presentó en el 22,7% del grupo intervención frente al 29,2% del grupo control (HR 0,76; IC 95% 0,61-0,95; p = 0,01). No se observaron diferencias significativas en eventos asociados a hiperpotasemia o hipopotasemia.

En conclusión, el estudio POTCAST demuestra que, en pacientes con dispositivos de desfibrilación y alto riesgo de arritmias ventriculares, elevar los niveles plasmáticos de potasio mediante dieta, suplementos y ARM puede reducir de manera significativa el riesgo arrítmico, lo que constituye un ob-

jetivo clínico compuesto de relevancia, con un perfil de seguridad aceptable bajo monitorización[4].

Dosis de aspirina tras un síndrome coronario agudo con sospecha de resistencia a la aspirina: the ANDAMAN trial

La aspirina continúa siendo un pilar en la prevención secundaria tras el síndrome coronario agudo (SCA), gracias a su efecto antiplaquetario mediado por la inhibición irreversible de la ciclooxigenasa-1 (COX-1). Sin embargo, la persistencia de eventos trombóticos en determinados pacientes —particularmente en aquellos con diabetes mellitus (DM) u obesidad— ha motivado la hipótesis de una "resistencia clínica o biológica" a la aspirina. En este contexto, el ensayo ANDAMAN evaluó si la administración de aspirina dos veces al día podría mejorar los resultados clínicos frente a la dosis convencional diaria.

Se trató de un estudio aleatorizado, multicéntrico, que incluyó 2.484 pacientes con SCA y enfermedad coronaria significativa, todos con DM o alto riesgo de resistencia a aspirina. Los participantes fueron asignados a recibir aspirina 100 mg dos veces al día o 100 mg una vez al día, con un seguimiento mediano de 18 meses. El punto final primario fue un compuesto de muerte, infarto de miocardio (IAM), accidente cerebrovascular, revascularización urgente o trombosis de stent.

Los resultados mostraron una incidencia de eventos cardiovasculares mayores del 7,7% en el grupo de dos dosis frente al 8,8% en el grupo control (HR 0,90; IC 95% 0,69-1,19; p = 0,42), sin diferencias significativas en sangrado mayor (1,9% vs. 2,1%). Tampoco se observaron beneficios en los subgrupos de DM o de alto riesgo de resistencia.

El estudio presenta fortalezas metodológicas, diseño robusto, adjudicación ciega de eventos y tratamiento óptimo de base, pero también limitaciones relevantes: la ausencia de evaluación directa de la inhibición plaquetaria, la tasa de eventos menor a la prevista y la influencia de terapias antiplaquetarias potentes (ticagrelor o prasugrel) que pudieron enmascarar beneficios marginales.

En síntesis, el ANDAMAN trial no demostró superioridad clínica de la administración dos veces al día sobre la pauta estándar de aspirina en pacientes con SCA y alto riesgo metabólico. Si bien la estrategia resultó segura, la evidencia actual no justifica modificar la práctica habitual. Los hallazgos resaltan la necesidad de identificar biomarcadores fiables de resistencia biológica y de explorar intervenciones más específicas para los pacientes con verdadero "fallo" de aspirina[5].

β-bloqueadores tras infarto de miocardio en pacientes sin IC

En el contexto del congreso se presentaron dos ensayos fundamentales: el ensayo REBOOT trial y el análisis combinado de los ensayos BETAMI trial + DANBLOCK trial. Históricamente considerados un pilar del tratamiento posinfarto, su utilidad en la era contemporánea, marcada por la revascularización precoz y la terapia médica óptima, ha sido puesta en duda por los resultados de los recientes ensayos REBOOT y BETAMI-DANBLOCK[6,7,8].

El estudio REBOOT, ensayo multicéntrico, aleatorizado y controlado con placebo, incluyó más de 8.500 pacientes con IAM (con o sin elevación del ST), fracción de eyección mayor a 40% y sin antecedentes ni signos de IC. Tras una mediana de seguimiento de 3,7 años, no se observaron diferencias significativas en el objetivo primario compuesto (mortalidad total, reinfarto u hospitalización por IC): la tasa de eventos fue de 22,5 por 1.000 pacientes/año en el grupo ß-bloqueador frente a 21,7 por 1.000 en el grupo control (HR 1,04; IC 95% 0,89-1,22; p = 0,63)[8].

Por otro lado, el análisis combinado de los ensayos BETAMI y DANBLOCK, que incluyó más de 5.500 pacientes con características similares, mostró una reducción significativa del punto final compuesto en el grupo tratado con ß-bloqueadores. Esta aparente discrepancia entre estudios podría reflejar diferencias en las poblaciones analizadas, en particular el porcentaje de pacientes con fracción de eyección levemente reducida (40-49%), quienes parecerían beneficiarse más del tratamiento[7].

En conjunto, los datos presentados sugieren que el beneficio de los ß-bloqueadores tras el IAM se concentra en subgrupos seleccionados, mientras que en pacientes con ICFEp y sin IC manifiesta que su uso rutinario podría no aportar ventajas clínicas relevantes. Desde una perspectiva más crítica, estos ensayos aportan evidencia sólida y actualizada, aunque con algunas limitaciones. La heterogeneidad entre estudios, la variabilidad en las dosis y tipos de ß-bloqueador utilizados y la posible interacción con otras terapias ya instauradas limitan la generalización de los resultados. Además, análisis exploratorios del REBOOT han señalado un posible exceso de eventos adversos en mujeres, aspecto que merece mayor investigación[8].

En conclusión, los resultados presentados marcan un cambio de paradigma, la era del ß-bloqueante "para todos" después del IAM no parece estar tan clara. La evidencia actual respalda un enfoque más selectivo, centrado en los pacientes con mayor riesgo o con fracción de eyección levemente reducida, lo que abre una nueva etapa en la optimización personalizada del tratamiento pos-IAM.

Ensayo OPTION-STEMI

Los pacientes con infarto agudo de miocardio con

elevación del ST (IAMCEST) con frecuencia presentan enfermedad coronaria multivaso. Una cuestión no resuelta es el momento óptimo para completar la revascularización de las lesiones no culpables. Este estudio evaluó si existen diferencias entre los resultados de una revascularización completa inmediata o diferida realizada en la misma internación.

Se trató de un ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, de no inferioridad. Fueron incluidos pacientes con IAMCEST y enfermedad coronaria multivaso, que se sometían a una intervención coronaria percutánea (ICP) exitosa para una arteria culpable. Se reclutaron 994 pacientes (edad media 66 años, 79% hombres), fueron aleatorizados 1:1 a una revascularización completa inmediata (n = 487) o diferida durante la hospitalización (n = 496). Se excluyeron aquellos con shock, oclusiones crónicas, injertos coronarios previos o enfermedad de tronco.

El abordaje radial fue utilizado en un 75%. El 79% presentaba lesión de dos vasos y el 21% lesión de tres vasos. Las lesiones no culpables con estenosis del 50 a 69% fueron valoradas mediante reserva de flujo fraccional. En el grupo diferido la mediana hasta el procedimiento fue de 3 días (IQR 2-4). El 33% de los pacientes presentó IC (Killip II o III).

El criterio de valoración principal al año compuesto de muerte, IAM y cualquier revascularización no planificada se produjo en el 13,1% de los pacientes del grupo de revascularización inmediata, en comparación con el 10,8% en el grupo diferido (HR 1,24; IC 95% 0,86-1,79; p de no inferioridad = 0,24), por lo que la revascularización completa inmediata no fue no inferior a la diferida.

La mortalidad en el grupo de revascularización inmediata fue de 5% vs. 3% (HR 1,65; IC 95% 0,83-3,27), aunque la tendencia fue a mayor riesgo en estrategia inmediata y no logró alcanzar significación estadística.

El efecto del tratamiento tuvo diferencias según la clase Killip, la revascularización completa inmediata se asoció con mayor ocurrencia del evento primario en pacientes con signos de IC (clase Killip ≥ II (HR 1,79; 95% IC 1,05-3,05) que en pacientes sin signos de IC (HR 0,84; IC 95% 0,50-1,41; p para interacción = 0,04).

En conclusión, los pacientes con IAMCEST y enfermedad multivaso, la revascularización completa inmediata no demostró ser no inferior a la revascularización en diferido. Además, el riesgo de complicaciones fue mayor en pacientes con clase Killip II o superior[9].

Sabrina Pereira, ORCID: 0009-0008-1233-774X.
Jessica Olivera Sosa, ORCID: 0009-0004-9114-2684.

Editor responsable: Dr. Federico Ferrando-Castagnetto.

Bibliografía

1. Berg DD, Patel SM, Haller PM, Cange AL, Palazzolo MG, Bellavia A, et al. Dapagliflozin in patients hospitalized for heart failure: Primary results of the DAPA ACT HF-TIMI 68 randomized clinical trial and meta-analysis of sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors in patients hospitalized for heart failure. Circulation. 2025; 152(20):1411-1422.doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.125.076575.

2. Bavendiek U, Großhennig A, Schwab J, Berliner D, Rieth A, Maier LS, et al. Digitoxin in patients with heart failure and reduced ejection fraction. N Engl J Med. 2025;393(12):1155-65. doi: 10.1056/NEJMoa2415471.

3. Zannad F, O'Connor CM, Butler J, McMullan CJ, Anstrom KJ, Barash I, et al. Vericiguat for patients with heart failure and reduced ejection fraction across the risk spectrum: an individual participant data analysis of the VICTORIA and VICTOR trials. Lancet. 2025;406(10510):1351–62. doi: 10.1016/S0140-6736(25)01682-4

4. Jøns C, Zheng C, Winsløw UCG, Danielsen EM, Sakthivel T, Frandsen EA, et al. Increasing the potassium level in patients at high risk for ventricular arrhythmias. N Engl J Med. 2025;20;393(20):1979-1989. doi: 10.1056/NEJMoa2509542.

5. Dillinger J-G, Pezel T, Batias L, Angoulvant D, Goralski M, Ferrari E, et al. Aspirin dosing after acute coronary syndrome with suspected aspirin resistance: the ANDAMAN trial. Eur Heart J. 2025;(ehaf680):1-12. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf680

6. Díez-Delhoyo F, Fernández Ortiz A, Ibanez B, Latini R, Rossello X, Domínguez-Rodríguez A, et al. Beta-blockers after myocardial infarction in patients without heart failure or LV systolic dysfunction: the REBOOT trial. Paper presentado en: ESC Congress; 2025 Ago 30-Set 1; Madrid, España.

7. Hall C, Høfsten DE, Munkhaugen J, Kristensen D, Halvorsen S, Holmager T, et al. Beta-blockers in patients with myocardial infarction and preserved ejection fraction: results from the BETAMI trial. Paper presentado en: ESC Congress; 2025 Ago 30-Set 1; Madrid, España.

8. European Society of Cardiology Press Office. Mixed results for beta-blockers post-MI in patients without heart failure: REBOOT and BETAMI-DANBLOCK trials. ESC Congress; 2025 Ago 30-Set 1; Madrid, España.

9. Kim MC, Ahn JH, Hyun DY, Lim Y, Cho KH, Lee SH, et al. Immediate versus staged complete revascularisation during index admission in patients with ST-segment elevation myocardial infarction and multivessel disease (OPTION-STEMI): a multicentre, non-inferiority, open-label, randomised trial. Lancet, 406(10507), 1032–1043. doi: 10.1016/S0140-6736(25)01529-6

Contribución de autores:

Jéssica Olivera Sosa: Conceptualización. Redacción-Revisión.
Sabrina Pereira: Conceptualización. Redacción-Revisión.