



Disfunción ventricular izquierda asintomática: el riesgo silencioso que no debemos ignorar. Una revisión bibliográfica

Asymptomatic left ventricular dysfunction: the silent risk we should not ignore. A literature review

Artículo de revisión documental | Documentary review article

RESUMEN

Introducción: La disfunción ventricular izquierda asintomática (DVIA), estadio B según la clasificación ACC/AHA, se define por una fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) reducida (<40%) sin síntomas de insuficiencia cardíaca. La detección temprana de esta condición de alto riesgo, facilitada por la ecocardiografía, es crucial debido a su potencial progresión a insuficiencia cardíaca sintomática, arritmias ventriculares, hospitalización y muerte súbita.

Métodos: Esta revisión, realizada en Medellín, Colombia, entre abril y junio de 2025, propone un enfoque práctico basado en la evidencia actual para la toma de decisiones clínicas en pacientes con DVIA, con el objetivo de prevenir complicaciones cardiovasculares graves. El estudio incorporó ensayos clínicos clave (SOLVD Prevention, DAPA-HF y PARADIGM-HF) y guías internacionales de práctica clínica de las principales sociedades de cardiología. El análisis se centró en la eficacia de las intervenciones farmacológicas tempranas y las estrategias de diagnóstico y seguimiento clínico. **Resultados:** La intervención temprana en la IDA con inhibidores de la ECA, betabloqueadores, ARM e inhibidores de SGLT2, fármacos que reducen la progresión a insuficiencia cardíaca sintomática y mejoran la supervivencia. Se propone un algoritmo diagnóstico-terapéutico de cinco pasos: confirmación diagnóstica de la ICV, identificación etiológica (isquémica, miocardiopatías, tóxica, infiltrativa o inflamatoria), inicio del tratamiento farmacológico basado en la evidencia, evaluación del riesgo arritmico y estratificación del riesgo de muerte súbita, y seguimiento clínico y ecocardiográfico periódico. **Conclusiones:** La DVIA representa una entidad de riesgo elevado que requiere un abordaje activo incluso en ausencia de síntomas. La implementación de estrategias diagnósticas y terapéuticas tempranas mejora el pronóstico, previene eventos cardiovasculares mayores y optimiza los

Autores

Hernández Navas, Jorge Andrés¹⁻⁴ Dulcey Sarmiento, Luis Andrés²⁻⁵ Therán León, Juan Sebastián¹⁻⁶ Gómez Ayala, Jaime Alberto³⁻⁷ Gómez González, Jaime Andrés¹⁻⁸

Correspondencia

Jorge Andrés Hernández Navas
Correo electrónico: buc18181067@mail.udes.edu.co

Presentado

11 de junio 2025

Aceptado

29 de septiembre 2025

1 Universidad de Santander, Facultad de Medicina. Bucaramanga, Colombia.

2 Universidad de los Andes, Facultad de Medicina. Mérida, Venezuela.

3 Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de Medicina. Bucaramanga, Colombia.

4 <https://orcid.org/0009-0001-5758-5965>

5 <https://orcid.org/0000-0001-9306-0413>

6 <https://orcid.org/0000-0002-4742-0403>

7 <https://orcid.org/0000-0002-1103-9598>

8 <https://orcid.org/0009-0002-0530-6642>

<https://hdl.handle.net/20.500.14492/32341>

<https://doi.org/10.66778/Sl.v03n02.04>

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Hernández Navas JA, Dulcey Sarmiento LA, Therán León JS, Gómez Ayala JA, Gómez González JA. Disfunción ventricular izquierda asintomática: el riesgo silencioso que no debemos ignorar. Una revisión bibliográfica. SI [Internet]. 2025 Nov. 3;(2):47-51. <https://doi.org/10.66778/Sl.v03n02.04>

Este contenido está protegido bajo la licencia CC BY
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Plataforma digital de la revista: <https://revistas.ues.edu.sv/index.php/si/>

recursos sanitarios. En este contexto, el manejo proactivo de la DVIA constituye no solo una estrategia costo-efectiva de prevención cardiovascular, sino también una medida éticamente responsable, al anticiparse a la evolución desfavorable de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Función ventricular, Fracción de eyección, Insuficiencia cardíaca

ABSTRACT

Background: Asymptomatic left ventricular dysfunction (ALVD), characterized by a reduced left ventricular ejection fraction (LVEF <40%) without heart failure symptoms, is classified as stage B in the ACC/AHA guidelines. Increased echocardiography use has led to more frequent ALVD detection. This high-risk condition can progress to symptomatic heart failure, ventricular arrhythmias, hospitalization, and sudden death. **Methods:** This review, conducted in Medellín, Colombia, between April and June 2025, proposes a practical, evidence-based clinical decision-making approach for ALVD patients to prevent major cardiovascular complications. Our analysis incorporated key clinical trials (SOLVD Prevention, DAPA-HF, and PARADIGM-HF) and international clinical practice guidelines from leading cardiology societies, focusing on the effectiveness of early pharmacological interventions and diagnostic/clinical follow-up strategies. **Results:** The available evidence supports early intervention in ADI through the use of ACE inhibitors, beta-blockers, mineralocorticoid receptor antagonists (MRAs), and sodium-glucose cotransporter 2 (SGLT2) inhibitors, drugs that reduce progression to symptomatic heart failure and improve survival. A five-step diagnostic-therapeutic algorithm was designed that includes: Diagnostic confirmation of LVHF, Etiological identification (ischemic, cardiomyopathies, toxic, infiltrative, or inflammatory), Initiation of evidence-based pharmacological treatment, Arrhythmic risk assessment and sudden death stratification, Periodic clinical and echocardiographic follow-up. **In conclusion,** AFVD represents a high-risk entity that requires an active approach even in the absence of symptoms. The implementation of early diagnostic and therapeutic strategies improves prognosis, prevents major cardiovascular events, and optimizes healthcare resources. In this context, proactive management of DVIA is not only a cost-effective cardiovascular prevention strategy but also an ethically responsible measure, as it anticipates the unfavorable progression of the disease.

Keywords: Ventricular function, Ejection fraction, Heart failure

INTRODUCCIÓN:

La insuficiencia cardíaca (IC) constituye una de las principales causas de morbilidad cardiovascular a nivel mundial (1–4). Desde el punto de vista hemodinámico, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) ha sido por décadas el principal parámetro para su clasificación, pronóstico y tratamiento. Una FEVI reducida (<40%) ha servido tradicionalmente como umbral para iniciar terapias farmacológicas con evidencia de impacto en la historia natural de la enfermedad (1–4). Sin embargo, el hallazgo incidental de una FEVI disminuida en pacientes asintomáticos, un escenario cada vez más frecuente gracias al mayor acceso a estudios ecocardiográficos, plantea un dilema clínico aún no resuelto: ¿intervenir tempranamente o vigilar? (1–4). La revisión propone un algoritmo práctico, fundamentado en la evidencia científica actual, que oriente la toma de decisiones clínicas ante el hallazgo de disfunción ventricular izquierda asintomática, con énfasis en la prevención de eventos cardiovasculares mayores y en la progresión hacia insuficiencia cardíaca sintomática.

METODOLOGÍA:

Se llevó a cabo una revisión narrativa estructurada entre abril y junio de 2025 en Medellín, Colombia. Fuentes de información: se consultaron las bases de datos PubMed, Scopus y ClinicalKey, abarcando publicaciones entre 2006 y 2024. En la estrategia de búsqueda se emplearon descriptores DeCS/MeSH, entre ellos *Heart Failure*, *Left Ventricular Dysfunction*, *Ejection Fraction*, *Asymptomatic Diseases*, *Pharmacological Treatment* y *Ventricular Remodeling*. La ecuación de búsqueda combinó operadores booleanos AND/OR para maximizar la sensibilidad y especificidad de los resultados. Los criterios de inclusión fueron artículos originales (ensayos clínicos, estudios observacionales), revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías de práctica clínica que evalúen pacientes con disfunción ventricular izquierda asintomática, fracción de eyección reducida o tratamiento farmacológico en estadio B de insuficiencia cardíaca; y los criterios de exclusión fueron las publicaciones duplicadas, artículos sin acceso al texto completo, estudios con baja calidad metodológica o que no aportaran datos directamente relacionados con el tema de interés.

Proceso de selección y control de sesgos: dos revisores realizaron de forma independiente la selección de artículos en tres fases (título, resumen y texto completo). Las discrepancias se resolvieron por consenso. Para evaluar la calidad metodológica se aplicaron herramientas validadas según el tipo de estudio: CONSORT (ensayos clínicos) (9), STROBE (estudios observacionales) (10) y PRISMA (revisiones sistemáticas) (11). Actualidad: se dio prioridad a estudios publicados en los últimos diez años, aunque se incluyeron trabajos previos considerados hitos en el tema (p. ej., SOLVD Prevention Trial) (12).

Procesamiento de datos: se utilizó el software Mendeley para la gestión de referencias y Microsoft Excel para la organización de la base de datos de artículos seleccionados.

Dado que la evidencia científica sobre disfunción ventricular izquierda asintomática es aún limitada y heterogénea, se consideró pertinente incluir estudios publicados desde el año 2006. Esta decisión obedeció a la escasa disponibilidad de investigaciones específicas en periodos más recientes, lo cual hizo necesario ampliar el rango temporal para incorporar ensayos clínicos y estudios observacionales relevantes que continúan siendo referencia obligada en la práctica clínica actual.

Disfunción ventricular izquierda asintomática (DVIA)

Se clasifica dentro del estadio B de la clasificación de la American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA), que corresponde a pacientes sin síntomas de insuficiencia cardíaca, pero con evidencia de cardiopatía estructural, como la disfunción sistólica o diastólica del ventrículo izquierdo. Esta clasificación contempla cuatro estadios: el A, que incluye a individuos con factores de riesgo cardiovascular, pero sin alteraciones estructurales ni síntomas; el B, que agrupa a pacientes asintomáticos con evidencia de daño estructural cardíaco; el C, que corresponde a aquellos con cardiopatía estructural y síntomas manifiestos de insuficiencia cardíaca, como disnea, fatiga o intolerancia al ejercicio; y el D, que identifica a pacientes en fases avanzadas de la enfermedad, con síntomas persistentes o refractarios a pesar del tratamiento médico óptimo, y que suelen requerir terapias especializadas como dispositivos de asistencia ventricular o trasplante cardíaco. Estudios como DAVID-Berg, MESA y el Cardiovascular Health Study (CHS) han demostrado que la disfunción. El DAVID-Berg Trial, inicialmente diseñado para evaluar la programación de desfibriladores automáticos implantables, mostró que la presencia de disfunción ventricular subclínica se asocia con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares adversos (13).

El estudio MESA (Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis), una cohorte poblacional multiétnica, permitió identificar la DVIA como un marcador temprano de progresión hacia insuficiencia cardíaca clínica (14). De forma similar, el CHS, centrado en adultos mayores, documentó que la reducción de la fracción de eyección ventricular izquierda en pacientes asintomáticos predice hospitalización y mortalidad cardiovascular (15). En conjunto, estos hallazgos subrayan que la DVIA no es una condición inocua, sino un estadio intermedio de la enfermedad cardiovascular con riesgo elevado de progresión a insuficiencia cardíaca sintomática, aparición de arritmias ventriculares, hospitalización e incluso muerte súbita.

El SOLVD Prevention Trial (Studies of Left Ventricular Dysfunction) (12) marcó un hito al demostrar que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) reducen de manera significativa el riesgo de progresión a insuficiencia cardíaca y la tasa de hospitalización en pacientes con fracción de eyección ventricular izquierda reducida, aun en ausencia de síntomas. Los pacientes que más pueden beneficiarse de la terapia farmacológica son aquellos con disfunción ventricular izquierda más grave, con evidencia de alteraciones estructurales y funcionales del ventrículo izquierdo, como la dilatación ventricular. En contraste, los efectos de la terapia pueden ser menos claros o retrasados en situaciones en las que existen factores reversibles que contribuyen a la disfunción, como el consumo crónico de alcohol, en el que la mejoría depende en gran medida de la suspensión del agente causal (5). A este se suman estudios como PARADIGM-HF (Prospective Comparison of ARNI with ACEI to Determine Impact on Global Mortality and Morbidity in Heart Failure), que comparó el inhibidor de neprilisina/antagonista del receptor de angiotensina (sacubitrilo/valsartán) frente a enalapril en pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida, demostrando una reducción significativa en hospitalizaciones y mortalidad cardiovascular; y DAPA-HF (Dapagliflozin and Prevention of Adverse Outcomes in Heart Failure), que evaluó el uso de dapagliflozina, un inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2i), mostrando beneficios consistentes en la reducción de eventos cardiovasculares mayores y progresión de la insuficiencia cardíaca, incluso en pacientes sin diabetes. Ambos ensayos han consolidado el papel de estas terapias en estadios tempranos de disfunción ventricular izquierda, ampliando el arsenal terapéutico más allá de los IECA y los antagonistas del receptor de mineralocorticoides (ARM) tradicionales (16-17).

No obstante, en la práctica clínica persiste una considerable

heterogeneidad en la conducta frente a la DVIA, muchas veces por falta de lineamientos específicos (5). Por ello, se propone el siguiente algoritmo práctico ante el hallazgo de una FEVI <40% en paciente asintomático: El análisis de la literatura disponible muestra que cada uno de los pasos propuestos en el algoritmo diagnóstico-terapéutico para la disfunción ventricular izquierda asintomática se encuentra respaldado por diferentes autores y estudios. La confirmación diagnóstica mediante ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca, así como la evaluación etiológica integral, cuenta con el soporte de las guías recientes de Thompson et al. (2) y del Statement de la HFSA (7).

En cuanto al inicio del tratamiento farmacológico basado en inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas del receptor de angiotensina II, betabloqueadores, antagonistas de los receptores de mineralocorticoides e inhibidores de SGLT2, la principal evidencia proviene del consenso de la HFSA (7), con un apoyo indirecto en las guías de Thompson et al. (2) y de estudios como SOLVD (12), que demuestran beneficios pronósticos claros.

La valoración para la indicación de un desfibrilador automático implantable primario también está fundamentada en el documento de la HFSA (7), con consideraciones adicionales aportadas por las guías de Thompson et al. (2) y por estudios como el DAVID Trial (13).

Finalmente, el seguimiento clínico y ecocardiográfico periódico se respalda de manera sólida tanto por la recomendación explícita del Statement de la HFSA (7) como por la evidencia pronóstica de múltiples estudios que han demostrado el riesgo de progresión a insuficiencia cardíaca sintomática, arritmias ventriculares y mortalidad, entre los que destacan los trabajos de Gripe et al. (1), Gori et al. (3), Kosmala y Marwick (4), Echouffo-Tcheugui et al. (5), Pandhi et al. (6), Yeboah et al. (8), y Gottdiener et al. (15). En conjunto, estos siete artículos refuerzan la necesidad de un control estrecho y continuo en esta población de alto riesgo. Cabe señalar que, si bien esta revisión científica respalda el enfoque propuesto para el manejo de la disfunción ventricular izquierda asintomática, será igualmente fundamental llevar a cabo ensayos clínicos controlados que permitan validar o reforzar dicha estrategia terapéutica en el futuro.

CONCLUSIÓN

La revisión confirma que la disfunción ventricular izquierda asintomática constituye un estado clínico de riesgo elevado

que demanda una estrategia de manejo activo. La evidencia disponible demuestra que la identificación temprana y el inicio oportuno de terapias basadas en guías reducen de manera significativa la progresión a insuficiencia cardíaca sintomática, las hospitalizaciones y la mortalidad. Por lo tanto, el abordaje propuesto no solo representa una intervención costo-efectiva, sino que además establece un marco ético y clínico para optimizar la prevención cardiovascular en pacientes en estadio B de insuficiencia cardíaca.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Este trabajo es original; fue desarrollado sin plagio y respeta los principios de integridad académica. Todas las fuentes están debidamente referenciadas y no se emplearon datos de pacientes reales. La información utilizada proviene de literatura científica confiable y está presentada de forma clara y honesta.

CONFLICTO DE INTERÉS:

Los autores declaran no tener conflictos de interés con relación al contenido de este manuscrito.

REFERENCIAS

1. Gripe WJ, Van Kuijk JP, Hoeks SE, Kuiper R, Schouten O, Goei D, Elhendy A, Verhagen DJM, Thomson IR, Bax JJ, Fleisher LA, Poldermans D. Prognostic implications of asymptomatic left ventricular dysfunction in patients undergoing vascular surgery. *Anesthesiology*. 2010 Jun; 112(6):1316–24. DOI: [10.1097/ALN.0b013e3181da89ca](https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181da89ca)
2. Thompson A, Fleischmann KE, Smilowitz NR, de las Fuentes L, Mukherjee D, Aggarwal NR, et al. 2024 AHA/ACC/ACS/ASNC/HRS/SCA/SCCT/SCMR/SVM Guideline for Perioperative Cardiovascular Management for Noncardiac Surgery: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2024 Nov; 84(19):1869–969. DOI: [10.1016/j.jacc.2024.06.013](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2024.06.013)
3. Gori M, Redfield MM, Calabrese A, Canova P, Cioffi G, De Maria R, et al. Is mild asymptomatic left ventricular systolic dysfunction always predictive of adverse events in high-risk populations? Insights from the DAVID-Berg study. *Eur J Heart Fail*. 2018 Nov 1; 20(11):1540–8. Available from: DOI: [10.1002/ejhf.1298](https://doi.org/10.1002/ejhf.1298)

4. Kosmala W, Marwick TH. Asymptomatic Left Ventricular Diastolic Dysfunction: Predicting Progression to Symptomatic Heart Failure. *JACC Cardiovasc Imaging* [Internet]. 2020 Jan; 13(1): 215–27. DOI: [10.1016/j.jcmg.2018.10.039](https://doi.org/10.1016/j.jcmg.2018.10.039)
5. Echouffo-Tcheugui JB, Erqou S, Butler J, Yancy CW, Fonarow GC. Assessing the Risk of Progression From Asymptomatic Left Ventricular Dysfunction to Overt Heart Failure: A Systematic Overview and Meta-Analysis. *JACC Heart Fail.* 2016; 4(4): 237–48. DOI: [10.1016/j.jchf.2015.09.015](https://doi.org/10.1016/j.jchf.2015.09.015)
6. Pandhi J, Gottdiener JS, Bartz TM, Kop WJ, Mehra MR. Comparison of characteristics and outcomes of asymptomatic versus symptomatic left ventricular dysfunction in subjects 65 years old or older (from the Cardiovascular Health Study). *Am J Cardiol.* 2011 Jun 1;107(11):1667–74. DOI: [10.1016/j.amjcard.2011.01.051](https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2011.01.051)
7. None HFSA. Management of asymptomatic patients with reduced left ventricular ejection fraction. *J Card Fail.* 2006 Feb;12(1):e26–8. DOI: [10.1016/j.cardfail.2005.11.010](https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2005.11.010)
8. Yeboah J, Rodriguez CJ, Stacey B, Lima JA, Liu S, Carr JJ, et al. Prognosis of individuals with asymptomatic left ventricular systolic dysfunction in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Circulation.* 2012 Dec 4;126(23):2713–9. DOI: [10.1161/CIRCULACIÓNHA.112.112201](https://doi.org/10.1161/CIRCULACIÓNHA.112.112201)
9. Schulz KF, Altman DG, Moher D; CONSORT Group. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *BMJ.* 2010;340:c332. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c332>
10. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Med.* 2007;4(10), e296. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296>
11. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372: n71. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
12. The SOLVD Investigators. Effect of enalapril on mortality and the development of heart failure in asymptomatic patients with reduced left ventricular ejection fractions. *N Engl J Med.* 1992; 327(10): 685–91. DOI: [10.1056/NEJM199209033271003](https://doi.org/10.1056/NEJM199209033271003)
13. Wilkoff BL, Cook JR, Epstein AE, Greene HL, Hallstrom AP, Hsia H, et al. Dual-chamber pacing or ventricular backup pacing in patients with an implantable defibrillator: the Dual Chamber and VVI Implantable Defibrillator (DAVID) trial. *JAMA.* 2002 Dec 25; 288(24):3115–23. doi: [10.1001/jama.288.24.3115](https://doi.org/10.1001/jama.288.24.3115)
14. Bluemke DA, Kronmal RA, Lima JA, Liu K, Olson J, Burke GL, Folsom AR. The relationship of left ventricular mass and geometry to incident cardiovascular events: the MESA (Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis) study. *J Am Coll Cardiol.* 2008 Dec 9;52(25):2148–55. doi: [10.1016/j.jacc.2008.09.014](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2008.09.014)
15. Gottdiener JS, McClelland RL, Marshall R, Shemanski L, Furberg CD, Kitzman DW, et al. Outcome of congestive heart failure in elderly persons: influence of left ventricular systolic function. *Ann Intern Med.* 2002 Oct 15;137(8):631–9. doi: [10.7326/0003-4819-137-8-200210150-00006](https://doi.org/10.7326/0003-4819-137-8-200210150-00006)