



ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS ESC 2026 EN INSUFICIENCIA CARDIACA

- La visión Vasco-Navarra -

7 de octubre. BIZKAIA ARETOA. BILBAO

Comorbilidades y otros aspectos

Estíbaliz Hernández Centeno



- **Comorbilidades cardiovasculares:**
 - Fibrilación auricular
 - Síndrome coronario crónico
- **Comorbilidades no cardiovasculares:**
 - Obesidad
 - Déficit de hierro
- **Condiciones especiales:**
 - Amiloidosis cardiaca
- **Manejo multidisciplinar:**
 - Rehabilitación cardiaca

Fibrilación auricular (I)

Recomendación de anticoagulación:

- Recomendada en elevado riesgo tromboembólico: score CHA₂-DS₂-VA, MCH, amiloidosis cardiaca → **IA, sin cambios**
- ACOD se prefiere sobre AVK (*excepto prótesis mecánicas, EM moderada y severa*) → **de IA a IB1**

Control de frecuencia:

- **Beta-bloqueantes** como tto de primera línea para control de FC en IC con FEVlr → **de IIaB a IC**
- **Digoxina:** Se debe considerar para control de FC en IC con FEVlr cuando insuficiente control de FC con BB o contraindicados/no tolerados → **IIaC, sin cambios**
- **Nuevo: Ablación NAV + TRC**, se debe considerar en FA permanente con síntomas severos y mal control de FC a pesar de tto + al menos 1 hospitalización por IC para mejorar síntomas, limitación física, y reducir hospitalizaciones por IC y muerte → **IIaB1**
- **Nuevo: amiodarona/digoxina iv** → se puede considerar en IC con FEVlr con inestabilidad hemodinámica para control agudo de frecuencia → **IIBc**

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Recommendations for anticoagulation		
Oral anticoagulation is recommended in patients with clinical AF at elevated thromboembolic risk, as determined by CHA ₂ DS ₂ -VA score ^c , to prevent ischaemic stroke and thromboembolism. ⁶³⁵	I	A
DOACs are recommended in preference to VKAs in patients with HF ^d to prevent stroke and thromboembolism. ⁶⁴³⁻⁶⁴⁶	I	B1
Rate control		
Beta-blockers are recommended in stable patients with HFrEF and AF as first-line therapy for short- and long-term rate control. ^{663,665}	I	C
Digoxin should be considered in stable patients with HFrEF and AF when the ventricular rate remains high despite beta-blockers, or when beta-blockers are contraindicated/not tolerated, in order to obtain short- and long-term rate control. ⁶⁶⁵⁻⁶⁶⁷	IIa	C
Atrioventricular node ablation combined with CRT should be considered in patients with severely symptomatic permanent AF and poor rate control despite medical therapy and at least one HFH to reduce symptoms, physical limitations, recurrent HFH, and death. ^{672,673}	IIa	B1
Intravenous amiodarone or digoxin may be considered in haemodynamically unstable patients with HFrEF and AF to stabilize the patient and achieve acute control of heart rate. ⁶⁶⁸⁻⁶⁷¹	IIB	C

Fibrilación auricular (y II)

Cardioversión:

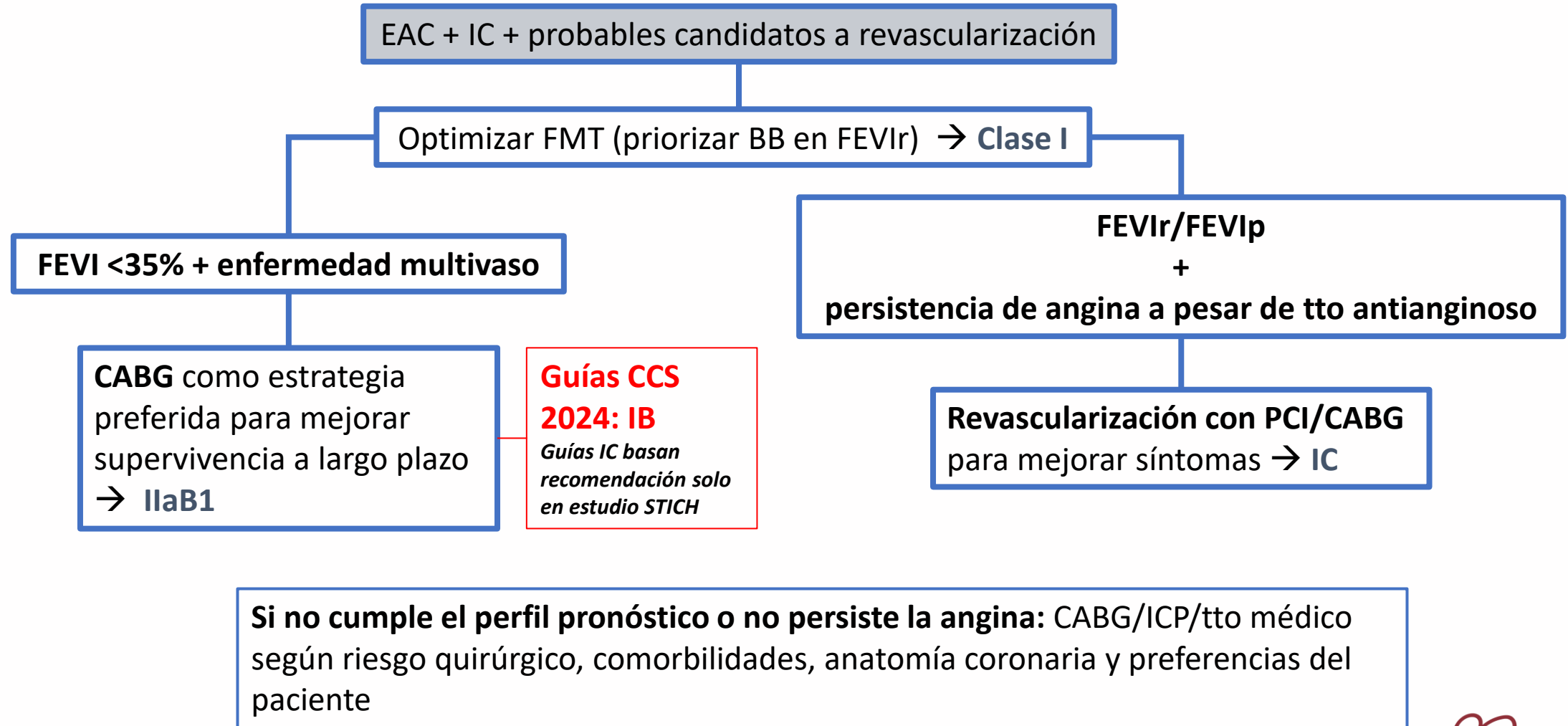
- Recomendada en IC descompensada con FC elevada e inestabilidad hemodinámica **(IC, sin cambios)**

Ablación con catéter:

- Se debe considerar en pacientes seleccionados con FA sintomática e IC con FEVl_r para mejorar calidad de vida y reducir el riesgo de hospitalizaciones o muerte **(de IIaB a IIaC)**
 - ✓ Alta carga de FA
 - ✓ FA <1 año de duración
 - ✓ Clara causa-efecto entre FA e IC

Cardioversion		
Urgent cardioversion is recommended in the setting of DHF in patients presenting with rapid ventricular rates and haemodynamic instability to restore sinus rhythm. ^{669,671,692,695}	I	C
Atrial fibrillation catheter ablation		
Catheter ablation for AF should be considered in selected ^e patients with symptomatic AF and HFrEF to improve QoL and reduce the risk of HFH or death. ^{674-676,678,681,682,684,696}	IIa	C

Síndrome coronario crónico



Obesidad

Recomendaciones nuevas:

- Se debe considerar **semaglutida o tirzepatida** en IC sintomática + FEVI $\geq 45\%$ + IMC ≥ 30 , con o sin DM, para reducir peso + mejorar capacidad de ejercicio + calidad de vida (**IIaB1**)
 - Semaglutida: STEP-HFpEF + STEP-HFpEF
 - Tirzepatida: SUMMIT
- Se puede considerar la **cirugía bariátrica** en IC + IMC > 35 para reducir peso, cuando los cambios en el estilo de vida + fármacos no son efectivos (**IIbC**)

Recommendation Table 18 – Recommendations for obesity in patients with heart failure (see *Evidence Tables 85 and 86*)

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Semaglutide or tirzepatide should be considered for patients with symptomatic HF, LVEF $\geq 45\%$, and BMI ≥ 30 kg/m ² , regardless of diabetes status, to reduce body weight, and improve exercise capacity and QoL. ^{315–317,819,820,825}	IIa	B1
Bariatric surgery may be considered in obese patients with HF and a BMI ≥ 35 kg/m ² to reduce body weight when repetitive and structured lifestyle changes combined with weight-reducing medications do not result in maintained weight loss. ^{823,824}	IIb	C

Déficit de hierro

- Comorbilidad frecuente → mayor mortalidad, peor capacidad funcional y peor calidad de vida
- Déficit de hierro = saturación de transferrina <20% → mayor sensibilidad y especificidad

- Administración de hierro iv en pacientes con IC sintomática + FEVlr + déficit de hierro para:
 - Mejorar síntomas y calidad de vida → **IB1**
 - Reducir riesgo de hospitalizaciones → **IlaB1**

- Tratamiento con hierro iv:
 - No reducción de mortalidad
 - Evidencia en FEVlp escasa

Recommendation Table 19 — Recommendations for iron deficiency in patients with heart failure (see [Evidence Tables 87 and 88](#))

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Intravenous iron supplementation is recommended in patients with symptomatic HFrEF and iron deficiency to alleviate HF symptoms and improve QoL. ⁸⁷⁵⁻⁸⁷⁹	I	B1
Intravenous iron supplementation should be considered in patients with symptomatic HFrEF and iron deficiency to reduce the risk of HFH. ^{872-874,879,881,885,886,888}	Ila	B1

Amiloidosis cardiaca

- Guías 2021: tafamidis en amiloidosis TTR + CF I-II (IB)

- Se recomienda tratamiento con **silenciador (vutisiran)** o **estabilizador (tafamidis o acoramidis)** en amiloidosis TTR (wild-type o formas variantes) + NYHA I-III para reducir la progresión de síntomas y reducir el riesgo de hospitalización CV + mortalidad por todas las causas → **IA**

Recommendation Table 28 — Recommendations for cardiac amyloidosis (see [Evidence Tables 108–111](#))

Recommendation	Class ^a	Level ^b
Treatment with a TTR silencer (vutrisiran) or stabilizer (tafamidis or acoramidis) for patients with variant or wild-type transthyretin cardiac amyloidosis and NYHA classes I–III is recommended to reduce progression of symptoms and the risk of CV hospitalization and all-cause death. 1082–1084	I	A

Rehabilitación cardiaca

- Ejercicio físico → **mejora capacidad de ejercicio y calidad de vida** en la IC
- El ejercicio físico es **seguro en la IC**. Iniciar en pacientes estables y una vez iniciado el FMT.
- Contraindicado: angina inestable/refractaria, situaciones de alto riesgo CV

- Se recomienda ejercicio físico personalizado en pacientes con IC estables (excepto contraindicaciones) para mejorar la capacidad de ejercicio y calidad de vida, y reducir hospitalizaciones por cualquier causa:
 - En un contexto de RHC multidisciplinaria → **IB1**
 - Fuera de la RHC a largo plazo → **IB2**
- Se recomienda RHC en LVAD para mejorar capacidad funcional y calidad de vida → **IB1**
- Se debe considerar la RHC en pacientes con IC descompensada, tan pronto como sea seguro, para mejorar capacidad funcional y calidad de vida → **IlaB1**

Recommendation Table 24 — Recommendations for exercise training and cardiac rehabilitation (see [Evidence Tables 97-99](#))

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Personalized exercise training, in the context of multidisciplinary exercise-based cardiac rehabilitation, is recommended for all stable patients, unless there are specific contraindications, in order to improve exercise capacity and QoL, and reduce the risk of all-cause hospitalization. ¹⁰²¹	I	B1
Personalized exercise training outside exercise-based cardiac rehabilitation is recommended for all stable patients on a long-term basis, unless there are specific contraindications, in order to improve exercise capacity and QoL, and reduce the risk of all-cause hospitalization. ¹⁰²²	I	B2
Cardiac rehabilitation ^c is recommended in patients with an LVAD to improve functional capacity and QoL. ^{1005,1023}	I	B1
Cardiac rehabilitation ^c should be considered in patients with DHF, as soon as safely possible, to improve functional capacity and QoL. ^{1002,1024-1026}	Ila	B1



ESKERRIK ASKO!



ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS ESC 2026 EN INSUFICIENCIA CARDIACA