



ESC CONGRESS 2026 MUNICH DÍA 1

Del 28 al 31 de agosto, la ciudad de Múnich fue la sede de una nueva edición del **ESC Congress 2026**, organizado por la **Sociedad Europea de Cardiología (ESC)**. Este encuentro global reúne a más de **30.000 profesionales de la salud cardiovascular** de todo el mundo para debatir y actualizar la práctica médica.

Bajo el compromiso de impulsar la ciencia que transforma la práctica clínica, el congreso centra su atención en los avances clínicos, farmacológicos y tecnológicos más recientes, incluyendo el creciente papel de la inteligencia artificial y la medicina de precisión. Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de mortalidad a nivel global, lo que refuerza la necesidad de abordar los determinantes sociales, el acceso equitativo a la innovación y las estrategias integrales de prevención.

Durante cuatro días, el Congreso ESC 2026 ofreció una plataforma para compartir los últimos hallazgos en prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías cardiovasculares.

Como es habitual, **NOLTER** ofrece la cobertura de las sesiones más esperadas, donde se presentaron resultados de ensayos clínicos de alto impacto (Hot Lines) diseñados para redefinir el estándar de atención y abrir nuevas alternativas terapéuticas.

A continuación, compartimos los estudios presentados durante el primer día.

ÍNDICE

1. **Estudio CARDIO-TTRansform:** Eficacia y Seguridad de Eplontersen en Pacientes con Cardiomiopatía Amiloide por Transtiretina
2. **Estudio SINGLE-AF:** Anticoagulación en FA con Riesgo Intermedio de ACV
3. **Estudio POET-II:** Duración individualizada del tratamiento antibiótico para la endocarditis infecciosa
4. **Estudio ACACIA-HCM:** Aficamten en Cardiomiopatía Hipertrófica No Obstructiva Sintomática
5. **Estudio CMR GUIDE:** Manejo Guiado por Resonancia Magnética Cardíaca en Pacientes con Disfunción Diastólica Leve a Moderada del Ventrículo Izquierdo y Cardiodesfibrilador Implantable

1. ESTUDIO CARDIO-TTRANSFORM

Eficacia y Seguridad de Eplontersen en Pacientes con Cardiomiopatía Amiloide por Transtiretina

La amiloidosis por transtiretina con miocardiopatía (ATTR-CM) es una patología infiltrativa, progresiva y letal causada por el depósito de fibrillas amiloides de transtiretina (TTR) mal plegada en el miocardio, lo que conduce a disfunción ventricular, insuficiencia cardíaca avanzada y hospitalizaciones recurrentes. Se calcula que entre 300.000 y 500.000 personas viven con esta condición a nivel mundial, siendo una etiología subdiagnosticada de insuficiencia cardíaca.

Eplontersen es un oligonucleótido antisentido conjugado con GalNAc de administración mensual por vía subcutánea que silencia la expresión génica hepática de TTR, previamente aprobado para la polineuropatía amiloide hereditaria. El **estudio CARDIO-TTRANSform** fue diseñado para determinar si el silenciamiento génico con eplontersen reduce la morbilidad cardiovascular en pacientes con miocardiopatía amiloide por TTR hereditaria y de tipo nativo (*wild-type*).

Se trata de un ensayo clínico fase III, multicéntrico, aleatorizado y doble ciego realizado en 130 centros de 20 países, convirtiéndose en el ensayo más grande ejecutado hasta la fecha en ATTR-CM.

Se aleatorizaron 1.432 pacientes en relación 1:1 para recibir eplontersen (45 mg por vía subcutánea cada cuatro semanas) o placebo durante un seguimiento de hasta 140 semanas, sumado al estándar de tratamiento médico habitual. La población presentó una media de edad de 72 años y un 9,4% de mujeres.

El objetivo primario de eficacia fue un desenlace compuesto por mortalidad de causa cardiovascular y eventos cardiovasculares recurrentes. Como objetivo exploratorio preespecificado se evaluó la supresión farmacodinámica de los niveles de TTR circulante en suero. El análisis contempló además la estratificación preespecificada según el uso basal de fármacos estabilizadores del tetrámero de TTR (como tafamidis), presentes en el 57% de la cohorte global.

El ensayo no logró alcanzar significación estadística en su objetivo primario en la población general analizada por intención de tratar.

Se registraron 381 eventos del punto final primario en 210 pacientes asignados a eplontersen frente a 392 eventos en 231 pacientes del grupo placebo, lo que representó un *rate ratio* (RR) de 0,89 (intervalo de confianza del 95%: 0,73 a 1,09; $p=0,277$).

A nivel farmacodinámico, eplontersen indujo una supresión sostenida y marcada de las concentraciones séricas de TTR a lo largo de las 140 semanas, consistente con el silenciamiento genético.

En el análisis preespecificado por subgrupos, se detectó una heterogeneidad marcada en el efecto según el tratamiento basal: en los pacientes no tratados con estabilizadores al inicio, eplontersen en monoterapia mostró una reducción nominalmente significativa de eventos cardiovasculares frente a placebo; por el contrario, en aquellos que ya recibían terapia de base con estabilizadores tetraméricos, la adición de eplontersen no aportó

ningún beneficio clínico incremental sobre el desenlace primario. Eplontersen fue bien tolerado y mantuvo un perfil de seguridad consistente con los estudios previos.

En conclusión, a pesar de lograr una profunda reducción de los niveles séricos de transtiretina y mantener un perfil de tolerabilidad favorable, eplontersen no demostró una reducción estadísticamente significativa en el compuesto de mortalidad y eventos cardiovasculares recurrentes a 140 semanas en la cohorte general con ATTR-CM del estudio CARDIO-TTRansform, viéndose el resultado global fuertemente influenciado por la terapia estabilizadora de base.

Los resultados fueron publicados simultáneamente en NEJM.

Referencia: [Eplontersen for Transthyretin Amyloid Cardiomyopathy](#)

2. ESTUDIO SINGLE-AF

Anticoagulación en FA con Riesgo Intermedio de ACV

La fibrilación auricular (FA) es una arritmia prevalente que incrementa sustancialmente el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) y embolia sistémica. Aunque las guías de práctica clínica de la ESC establecen una indicación formal (Clase I) para la anticoagulación oral en pacientes de alto riesgo tromboembólico, la recomendación en el estrato de riesgo intermedio se ha mantenido en Clase IIa debido a que la evidencia previa procedía principalmente de estudios observacionales con resultados contradictorios, en su mayoría evaluando antagonistas de la vitamina K. Ante la falta de ensayos clínicos aleatorizados dedicados al uso de anticoagulantes orales directos (ACOD) en este grupo, el estudio SINGLE-AF evaluó la eficacia y seguridad del tratamiento con ACOD frente a la abstención de anticoagulación en pacientes con FA y riesgo tromboembólico intermedio.

Se trata de un ensayo clínico aleatorizado y abierto llevado a cabo en 18 centros de Corea del Sur. Se incluyeron 1.803 pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular clasificados en riesgo tromboembólico intermedio, definido según la escala CHA2DS2-VASc como 1 punto en varones o 2 puntos en mujeres (excluyendo el punto por sexo). Los participantes fueron aleatorizados en proporción 1:1 para recibir tratamiento anticoagulante con ACOD (apixabán 5 mg dos veces al día o rivaroxabán 20 mg una vez al día) o una estrategia de control sin anticoagulación oral.

El objetivo primario fue un compuesto de beneficio clínico neto que integró accidente cerebrovascular, embolia sistémica, hemorragia mayor o muerte de causa cardiovascular evaluado a los 24 meses de seguimiento.

A los 24 meses, la rama tratada con ACOD demostró una reducción relativa del 69% en la tasa del objetivo primario compuesto en comparación con la rama sin anticoagulación (0,5% frente a 1,5%; hazard ratio [HR] 0,31; intervalo de confianza del 95%: 0,10 a 0,94; p=0,028).

La diferencia observada en el desenlace primario estuvo impulsada predominantemente por una marcada disminución en la incidencia de accidente cerebrovascular isquémico en el grupo con ACOD respecto al grupo sin anticoagulante (0,1% frente a 1,1%). En términos de seguridad, la terapia con ACOD no incrementó el riesgo hemorrágico grave, registrándose tasas de sangrado mayor estadísticamente comparables entre ambos grupos (0,3% con ACOD frente a 0,5% sin anticoagulación).

En conclusión, en pacientes con fibrilación auricular y riesgo intermedio de accidente cerebrovascular (CHA2DS2-VASc de 1 en hombres y 2 en mujeres), el uso de anticoagulantes orales directos reduce de forma significativa la incidencia de eventos clínicos adversos mayores a 24 meses, principalmente a expensas de prevenir eventos isquémicos, sin asociarse a un incremento del riesgo de sangrado mayor.

Los resultados fueron publicados simultáneamente en NEJM.

Referencia: [Anticoagulation for Atrial Fibrillation with Intermediate Stroke Risk](#)

3. ESTUDIO POET-II

Duración individualizada del tratamiento antibiótico para la endocarditis infecciosa

La endocarditis infecciosa izquierda es una patología grave y potencialmente letal caracterizada por la infección del endotelio valvular y endocárdico. El manejo estándar contemporáneo exige regímenes de antibióticos a dosis altas administrados durante cuatro a seis semanas, una duración sustentada principalmente en consensos históricos de la década de 1950. Tras demostrar en el estudio POET original la viabilidad y seguridad de la transición temprana de antibióticos intravenosos a vía oral bajo criterios clínicos, paraclínicos y ecocardiográficos estructurados (criterios POET), los investigadores evaluaron si era posible acortar la duración global del tratamiento antimicrobiano en pacientes con adecuada respuesta inicial.

Se trata de un ensayo clínico abierto, multicéntrico e iniciado por investigadores, realizado en 13 centros hospitalarios de Dinamarca, Suecia y Estados Unidos. Se incluyeron 508 pacientes clínicamente estables con diagnóstico de endocarditis infecciosa izquierda debida a *Streptococcus spp.*, *Enterococcus faecalis* o *Staphylococcus aureus*. La población presentó una edad media de 70 años y un 75% de participantes de sexo masculino. Los pacientes fueron aleatorizados a una estrategia de terapia personalizada (con una duración mínima predefinida de 2 a 4 semanas, suspendiendo los antibióticos una vez cumplidos los criterios POET de estabilización) o a la terapia estándar convencional prolongada.

El objetivo primario fue la mediana de días con vida y libres de antibióticos durante los primeros seis meses posteriores a la aleatorización. El objetivo compuesto de seguridad evaluó la mortalidad por cualquier causa, la cirugía valvular no programada o los eventos embólicos sintomáticos a seis meses bajo un margen de no inferioridad, monitorizando paralelamente las tasas de recaída microbiológica.

La estrategia guiada por respuesta redujo la duración total de los esquemas antibióticos en aproximadamente un tercio. La mediana de tratamiento fue de 26 días en el grupo de terapia personalizada frente a 41 días en el grupo convencional, lo que representó una reducción estadísticamente significativa de 15 días ($p < 0,001$).

Respecto al objetivo primario, la mediana de días vivos y sin antibióticos a los seis meses fue significativamente mayor en el brazo de terapia personalizada (183 días frente a 169 días; $p < 0,001$).

En términos de seguridad clínica dura, el desenlace compuesto ocurrió en el 8,2% de los pacientes del grupo con esquema abreviado frente al 10,7% en el brazo estándar, confirmando la no inferioridad de la estrategia corta. En cuanto a las recaídas de la infección primaria, si bien la tasa global se mantuvo en rangos bajos, se observó una mayor frecuencia en el brazo de tratamiento acortado en comparación con el estándar (5,1% frente a 1,6%; $p = 0,04$), resolviéndose la gran mayoría favorablemente mediante la reinstauración del tratamiento antibiótico.

En conclusión, en pacientes seleccionados con endocarditis infecciosa izquierda estabilizados según los criterios POET, una pauta de tratamiento antibiótico acortada y guiada por la respuesta clínica permite reducir la duración del esquema en dos

semanas con un perfil de no inferioridad en eventos clínicos mayores respecto a la terapia estándar tradicional.

Los resultados fueron publicados simultáneamente en NEJM.

Referencia: [Response-Tailored or Standard-Duration Antibiotic Treatment for Infective Endocarditis](#)

4. ESTUDIO ACACIA-HCM

Aficamten en Cardiomiopatía Hipertrófica No Obstructiva Sintomática

La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la cardiopatía hereditaria más frecuente, caracterizada por una hipertrofia miocárdica anormal que puede cursar con obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo o presentarse de forma no obstructiva. Los pacientes con MCH no obstructiva sintomática sufren una limitación funcional severa y un deterioro progresivo de su calidad de vida; sin embargo, hasta la fecha no existían terapias farmacológicas aprobadas dirigidas a modificar los mecanismos fisiopatológicos de esta variante.

El **estudio ACACIA-HCM** fue diseñado para evaluar la eficacia y seguridad del inhibidor directo de la miosina cardíaca, aficamten, en esta población huérfana de tratamiento.

Se trata de un ensayo clínico multinacional, doble ciego y controlado con placebo llevado a cabo en 182 centros. Se aleatorizaron en relación 1:1 un total de 517 adultos con MCH no obstructiva sintomática a recibir aficamten o placebo durante un período de hasta 72 semanas. La dosis del fármaco se tituló individualmente mediante ecocardiografía basada en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). La cohorte presentó una edad media de 55 años, con un 54% de mujeres y una FEVI media basal del 68%.

El estudio estableció dos objetivos primarios coprimarios evaluados a las 36 semanas de seguimiento: el cambio en la puntuación del resumen clínico del cuestionario *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ-CSS) para cuantificar la carga de síntomas y el cambio en la capacidad máxima de ejercicio medido por el consumo pico de oxígeno (pVO₂). Como objetivos secundarios se evaluaron la clase funcional de la New York Heart Association (NYHA), la capacidad de ejercicio submáximo y las concentraciones plasmáticas de NT-proBNP.

El ensayo cumplió con éxito sus objetivos primarios coprimarios a la semana 36.

En relación con la sintomatología y calidad de vida, la puntuación KCCQ-CSS aumentó 11,4 puntos en el grupo de aficamten frente a 8,4 puntos en el grupo placebo, con una diferencia estadísticamente significativa a favor del tratamiento activo ($p=0,02$); los beneficios comenzaron a observarse desde la semana 12 y mostraron un retorno evidente de los síntomas tras la interrupción planificada de la droga.

En cuanto al rendimiento físico máximo, el grupo tratado con aficamten experimentó un incremento del pVO₂ de 0,64 mL/kg/min en comparación con una variación prácticamente nula en el grupo control ($-0,03$ mL/kg/min), alcanzando significación estadística ($p=0,003$).

Asimismo, se constataron mejoras consistentes en los objetivos secundarios, destacando una mejoría en la clase funcional NYHA, en el desempeño de ejercicio submáximo y una marcada reducción en los niveles séricos de NT-proBNP.

En materia de seguridad, se registró una mayor incidencia transitoria de FEVI inferior al 50% en el brazo de aficamten respecto al placebo (10% frente a 1%), evento anticipado por el mecanismo de acción que fue manejado eficazmente mediante el protocolo de ajuste y reducción de dosis.

En conclusión, el inhibidor selectivo de la miosina cardíaca, aficamten, demostró mejoras en la carga sintomática y en la capacidad de ejercicio aeróbico máximo a las 36 semanas en pacientes con miocardiopatía hipertrófica no obstructiva sintomática, con un perfil de seguridad manejable mediante titulación guiada por imagen.

Los resultados fueron publicados simultáneamente en NEJM.

Referencia: [Aficamten for Symptomatic Nonobstructive Hypertrophic Cardiomyopathy](#)

5. ESTUDIO CMR GUIDE

Manejo Guiado por Resonancia Magnética Cardíaca en Pacientes con Disfunción Diastólica Leve a Moderada del Ventrículo Izquierdo y Cardiodesfibrilador Implantable

La muerte súbita cardíaca constituye una de las complicaciones más devastadoras en la insuficiencia cardíaca. Actualmente, las guías de práctica clínica reservan la indicación de cardiodesfibriladores implantables (CDI) en prevención primaria casi exclusivamente para pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) severamente deprimida ($\leq 35\%$) bajo tratamiento médico óptimo. Sin embargo, en términos epidemiológicos absolutos, la mayor parte de las muertes súbitas ocurren en individuos con disfunción ventricular leve a moderada (FEVI entre 36% y 50%), una población no elegible según las recomendaciones clásicas. Dado que el realce tardío de gadolinio por resonancia magnética cardíaca (RMC) identifica cicatrices miocárdicas arritmogénicas, el estudio CMR GUIDE evaluó la eficacia de la indicación de CDI guiada por RMC en esta brecha terapéutica.

Se trata de un ensayo clínico aleatorizado y multicéntrico llevado a cabo en 18 centros de Australia, Alemania y el Reino Unido. Se incluyeron 353 pacientes con miocardiopatía isquémica o no isquémica, FEVI entre 36% y 50% bajo tratamiento médico óptimo y presencia confirmada de cicatriz miocárdica mediante RMC. Los participantes fueron aleatorizados en una proporción 1:1 para recibir el implante de un CDI o un monitor de eventos implantable (ILR, por sus siglas en inglés), el cual registraba únicamente la actividad del ritmo cardíaco. El 68% de la cohorte tenía más de 70 años y el 18% eran mujeres.

El objetivo primario fue el compuesto de muerte súbita cardíaca o arritmias ventriculares hemodinámicamente significativas (definidas como eventos que provocaron síncope o caída sustancial de la presión arterial). Como objetivo secundario clave se analizó la muerte súbita cardíaca de manera aislada.

En la población general analizada, el estudio no demostró diferencias estadísticamente significativas en el objetivo primario entre ambas estrategias terapéuticas.

El desenlace primario ocurrió en el 7,8% de los pacientes asignados a CDI y en el 9,2% de los asignados a ILR, lo que representó un *hazard ratio* (HR) de 0,76 (intervalo de confianza del 95%: 0,37 a 1,66).

No obstante, en un análisis preespecificado por subgrupos según la edad, el implante de CDI se asoció con una reducción estadísticamente significativa del 72% en el riesgo del objetivo primario en pacientes menores de 70 años, mientras que no se observó beneficio clínico en aquellos de 70 años o más. Al evaluar el objetivo secundario de muerte súbita cardíaca aislada, la terapia con CDI logró una reducción significativa en comparación con el brazo ILR (1,7% frente a 5,8%; HR 0,26; IC 95%: 0,07 a 0,95).

En conclusión, en pacientes con insuficiencia cardíaca, FEVI leve-moderada (36% a 50%) y cicatriz miocárdica documentada por resonancia magnética, el CDI no redujo de forma estadísticamente significativa el compuesto primario de muerte súbita y arritmias ventriculares hemodinámicas en la cohorte global, aunque sí demostró una reducción significativa de la muerte súbita global y un marcado beneficio protector en el subgrupo de pacientes menores de 70 años.

Los resultados fueron publicados simultáneamente en JAMA.

Referencia: [Cardiovascular Magnetic Resonance to Guide Defibrillator Implantation for LVEF of 36% to 50%](#)