

**ESC CONGRESS
2026 MUNICH**

28-31 August



NUEVAS GUÍAS ESC 2026

ÍNDICE

1. Quinta Definición Universal de Infarto de Miocardio (2026)
2. Guías ESC 2026 para el Manejo de la Insuficiencia Cardíaca
3. Guía ESC 2026 sobre el Manejo de la Enfermedad Cardiovascular y la Enfermedad Renal Crónica
4. Guía ESC 2026 sobre Rehabilitación Cardíaca

1. QUINTA DEFINICIÓN UNIVERSAL DE INFARTO DE MIOCARDIO (2026)

La **Quinta Definición Universal de Infarto de Miocardio** (UDMI) actualiza la clasificación para reflejar mejor la fisiopatología subyacente, alinearla con la evaluación clínica de los pacientes e incorporar criterios diagnósticos objetivos.

La clasificación del infarto de miocardio establecida en la Tercera UDMI y su expansión en la Cuarta UDMI representaron avances importantes. Sin embargo, algunos aspectos continuaban siendo difíciles de aplicar de manera consistente en la práctica clínica.

Esto era particularmente relevante cuando el infarto se producía como consecuencia de:

- Otra enfermedad aguda.
- Un proceso coronario diferente de la aterotrombosis.
- Una intervención coronaria.
- Una cirugía cardíaca.

La Quinta UDMI propone una nueva clasificación clínica del infarto de miocardio, basada en la fisiopatología, alineada con la evaluación clínica del paciente y respaldada por criterios diagnósticos objetivos.

Nuevos conceptos y conceptos actualizados

1. Se redefine la lesión miocárdica aguda y crónica

Se refinan los criterios para definir la lesión miocárdica aguda y crónica y se profundiza en los mecanismos subyacentes.

Los percentiles 99 específicos por sexo de los límites superiores de referencia para la troponina cardíaca se utilizan para definir la lesión miocárdica.

El objetivo es evitar sesgos sistemáticos y reducir el subdiagnóstico tanto del infarto de miocardio como de otras enfermedades cardíacas asociadas con lesión miocárdica, particularmente en mujeres.

2. Desaparece la clasificación numérica tradicional

La clasificación numérica previa del infarto de miocardio es reemplazada.

El infarto de miocardio pasa a clasificarse en tres tipos clínicos:

Infarto de miocardio primario: presentación espontánea debida a una patología coronaria aguda primaria.

Infarto de miocardio secundario: consecuencia de un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno del miocardio provocado por otra condición aguda.

Infarto de miocardio relacionado con procedimientos: ocurre como complicación de un procedimiento cardíaco percutáneo o quirúrgico.

3. ¿Cuándo hablamos de infarto primario?

El infarto primario es probable cuando aparecen espontáneamente síntomas o signos de isquemia miocárdica aguda y lesión miocárdica, sin que exista otra condición aguda o procedimiento cardíaco que haya desencadenado la presentación.

El diagnóstico se confirma y se define la etiología cuando se identifica aterotrombosis u otra patología coronaria aguda.

4. ¿Cuándo hablamos de infarto secundario?

Debe considerarse cuando la isquemia y la lesión miocárdica agudas son secundarias a otra condición aguda que provoca un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno del miocardio.

El diagnóstico se confirma cuando:

- La isquemia es consecuencia de una enfermedad coronaria obstructiva sin una patología coronaria aguda, o
- La lesión miocárdica produce una nueva alteración regional de la motilidad parietal, o presumiblemente nueva, o
- Existe ausencia de miocardio viable.

5. ¿Qué cambia en el infarto relacionado con procedimientos?

Se considera cuando la isquemia y la lesión miocárdica agudas se producen como consecuencia de una complicación de cualquier procedimiento cardíaco, percutáneo o quirúrgico, dentro de los 30 días.

El diagnóstico se confirma cuando se identifica una complicación coronaria o cuando la lesión miocárdica produce:

- Una nueva alteración regional de la motilidad parietal, o presumiblemente nueva, o
- Ausencia de miocardio viable.

Sin embargo, cuando la complicación ocurre durante el procedimiento índice, o cuando el procedimiento se realiza como parte del tratamiento de un infarto agudo de miocardio, se requieren tanto la complicación como una nueva alteración regional de la motilidad parietal o ausencia de miocardio viable.

6. Se incorporan nuevos criterios para el infarto silente

La nueva definición aborda específicamente el diagnóstico de infarto de miocardio después de una muerte súbita y establece nuevos criterios objetivos para identificar el infarto silente o no reconocido.

7. Se actualiza el concepto de MINOCA

La definición de MINOCA se actualiza a: “Lesión miocárdica con arterias coronarias no obstructivas”.

El cambio busca reconocer que MINOCA representa un diagnóstico de trabajo y no un diagnóstico etiológico definitivo.

8. Nuevas vías diagnósticas con troponina de alta sensibilidad

Se incorporan algoritmos diagnósticos acelerados utilizando ensayos de troponina cardíaca de alta sensibilidad.

También se proporciona orientación específica para aquellas situaciones clínicas en las que la interpretación de la troponina cardíaca puede resultar particularmente compleja.

9. Se incorporan recomendaciones para contextos con recursos limitados

La Quinta UDMI incorpora nuevas recomendaciones para el diagnóstico del infarto de miocardio en contextos con recursos limitados, buscando facilitar una aplicación más amplia de la definición.

10. Nueva clasificación alineada con la CIE-11

Se proponen códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a revisión (CIE-11) para su utilización en estadísticas hospitalarias y monitoreo de salud pública.

Estos códigos están alineados con la nueva clasificación del infarto de miocardio y buscan favorecer su implementación y estimular nuevas investigaciones.

Referencia: [Fifth Universal Definition of Myocardial Infarction \(2026\)](#)

2. GUÍAS ESC 2026 PARA EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

Las **nuevas Guías ESC 2026 para el manejo de la insuficiencia cardíaca** (IC) proponen algo más que una actualización terapéutica. Hay un cambio en la manera de definir, clasificar y abordar la IC, con mayor énfasis en la prevención, la identificación precoz, el tratamiento fundamental y el manejo integral del paciente.

A continuación compartimos los puntos clave.

1. Nuevas clasificaciones

- La IC ha sido **redefinida en dos fenotipos** claramente diferenciados:
 - IC con fracción de eyección reducida (HFrEF): FEVI <50% + síntomas y/o signos de IC.
 - IC con fracción de eyección preservada (HFpEF): FEVI ≥50% + síntomas y/o signos de IC + evidencia objetiva de alteraciones estructurales y/o funcionales cardíacas.
- Se han adoptado **estadios de la IC** (A–D):
 - Estadio A: personas en riesgo de desarrollar IC, pero sin signos, síntomas ni alteraciones cardíacas.
 - Estadio B: pre-IC, definida por la presencia de alteraciones cardíacas sin signos ni síntomas de IC.
 - Estadio C: IC sintomática, definida por la presencia de alteraciones cardíacas y signos y/o síntomas actuales o previos de IC.
 - Estadio D: IC avanzada.
- Se han introducido **nuevas clasificaciones para las terapias farmacológicas e intervencionistas de la IC**. Los términos están diseñados para ser dinámicos y, por lo tanto, mantenerse vigentes a lo largo del tiempo:
 - **FMT** — Tratamiento médico de base (Foundational Medical Therapy): tratamientos farmacológicos destinados a pacientes con IC no seleccionados, con recomendación Clase I para reducir las hospitalizaciones por IC y/o la mortalidad.
 - **AMT** — Tratamiento médico adicional (Additional Medical Therapy): tratamientos farmacológicos con recomendaciones Clase IIa/IIb o recomendaciones Clase I para mejorar los síntomas y/o la calidad de vida, o reducir la morbilidad en subgrupos específicos de pacientes con IC.
 - **GDIT** — Tratamiento intervencionista indicado por las guías (Guideline-Directed Interventional Therapy): todos los dispositivos implantables o tratamientos intervencionistas recomendados por las guías.

2. Prevención de la insuficiencia cardíaca

- Se recomienda un control estricto de los factores de riesgo de IC para prevenir el desarrollo de IC.

3. Diagnóstico de la insuficiencia cardíaca

- La determinación de péptidos natriuréticos y la ecocardiografía tienen un papel fundamental en el diagnóstico de la IC. Los estudios adicionales son útiles para determinar la etiología y el fenotipo.
- Debe realizarse una evaluación etiológica multimodal para identificar posibles causas tratables de la insuficiencia cardíaca.

4. Tratamientos recomendados por las guías

- Los ARNI o los IECA —o ARA-II en caso de intolerancia—, los betabloqueantes, antagonistas de los receptores mineralocorticoides (ARM) y los inhibidores de SGLT2 (iSGLT2) se recomiendan como tratamiento médico de base en pacientes con HFrEF.
- En pacientes con HFpEF, los ARM y los iSGLT2 se recomiendan como tratamiento médico de base.
- Los desfibriladores automáticos implantables (DAI/ICD) están recomendados en pacientes seleccionados con HFrEF, FEVI $\leq 35\%$ y etiología isquémica, y deberían considerarse en aquellos con etiología no isquémica.
- La terapia de resincronización cardíaca (TRC-P o TRC-D) está recomendada en pacientes con HFrEF, FEVI $\leq 35\%$, ritmo sinusal y bloqueo de rama izquierda (BRI) ≥ 150 ms. Debe considerarse también en pacientes con BRI de 130–149 ms o con QRS no-BRI ≥ 150 ms.

5. Insuficiencia cardíaca descompensada

- La IC descompensada se refiere a la aparición aguda o gradual de síntomas y/o signos de IC de suficiente gravedad como para requerir atención médica urgente, lo que conduce a una hospitalización no programada, una consulta en el departamento de emergencias o una consulta ambulatoria, y requiere posteriormente el inicio o la intensificación del tratamiento.
- El tratamiento de la IC descompensada se basa en abordar urgentemente los factores precipitantes asociados, utilizar diuréticos para tratar la congestión y añadir vasodilatadores en pacientes con hipertensión, así como inotrópicos y/o soporte circulatorio mecánico (MCS) temporal en presencia de hipoperfusión.
- Los pacientes hospitalizados por IC deben ser evaluados cuidadosamente para descartar la persistencia de signos de congestión.
- El tratamiento médico de base (FMT) debe iniciarse u optimizarse antes del alta hospitalaria, y deben planificarse controles estrechos durante el período inicial posterior al alta.

6. Insuficiencia cardíaca avanzada

- Los pacientes con IC avanzada, refractaria al tratamiento médico de base y al tratamiento intervencionista indicado por las guías (GDIT), que no presenten contraindicaciones absolutas, deben ser derivados oportunamente para considerar trasplante cardíaco o soporte circulatorio mecánico (MCS).

7. Comorbilidades cardiovasculares

- La **ablación con catéter** debería considerarse únicamente en pacientes cuidadosamente seleccionados con HFrEF y fibrilación auricular sintomática.

Los criterios de selección incluyen:

- Alta carga de fibrilación auricular.
- Menos de un año de duración de la FA persistente continua.
- Una relación clara de causa-efecto entre la FA y la IC.
- Los pacientes con **enfermedad coronaria obstructiva** e insuficiencia cardíaca deben recibir tratamiento conservador o invasivo —cirugía de revascularización coronaria (CABG) o intervención coronaria percutánea (PCI)— de acuerdo con:
 - La adecuación clínica y anatómica para la revascularización.
 - El fenotipo y los antecedentes de IC.
 - La presencia de angina.
 - Las comorbilidades.
 - La fragilidad.
 - Las preferencias del paciente.
- El **reemplazo quirúrgico de la válvula aórtica o el TAVI**, según la evaluación del Heart Team, está recomendado en pacientes con estenosis aórtica grave de bajo flujo y bajo gradiente e insuficiencia cardíaca, independientemente de la FEVI, así como en pacientes con estenosis aórtica grave de bajo flujo y bajo gradiente y HFrEF.
- La **reparación borde a borde de la válvula mitral** mediante TEER está recomendada en pacientes seleccionados con insuficiencia mitral secundaria ventricular grave y HFrEF, después de optimizar el tratamiento médico fundamental y realizar TRC cuando esté indicada.

8. Comorbilidades no cardiovasculares

- Los pacientes deben ser evaluados sistemáticamente y tratados por comorbilidades no cardiovasculares, como:
 - Diabetes.
 - Enfermedad renal crónica.
 - Obesidad.
 - Deficiencia de hierro.
 - Ansiedad y depresión.
 - Fragilidad.
- Las intervenciones sobre el estilo de vida, el ejercicio, la alimentación y la educación del paciente constituyen pasos fundamentales para el manejo del peso corporal en pacientes con IC y obesidad, seguidos de intervenciones farmacológicas y quirúrgicas cuando estén indicadas.
- En pacientes con IC y diabetes, se recomienda cambiar el tratamiento hipoglucemiante desde fármacos sin eficacia o seguridad cardiovascular demostrada hacia aquellos que hayan demostrado beneficio cardiovascular.

9. Manejo multidisciplinario

- Se recomienda implementar un programa multidisciplinario de manejo de la insuficiencia cardíaca.
- La rehabilitación cardíaca, incluido el entrenamiento físico, constituye una herramienta fundamental para reducir las hospitalizaciones y mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes con IC.
- En pacientes seleccionados debería considerarse la monitorización hemodinámica remota de la presión de la arteria pulmonar. También pueden considerarse modalidades de telemonitorización no invasiva.

10. Situaciones específicas

- Se recomienda brindar asesoramiento y atención preconcepcional a pacientes con IC en estadio B o C, con el objetivo de facilitar la toma de decisiones relacionadas con el embarazo.
- En pacientes con amiloidosis cardíaca (CA) se recomiendan tratamientos específicos capaces de modificar la evolución de la enfermedad.

Referencia: [2026 ESC Guidelines for the management of heart failure.](#)

3. GUÍA ESC 2026 SOBRE EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Aproximadamente 100 millones de personas en Europa padecen enfermedad renal crónica (ERC), una condición fuertemente vinculada a todo el espectro de la enfermedad cardiovascular (ECV), incluyendo enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca (IC), arritmias, accidente cerebrovascular y muerte súbita. Dada la alta prevalencia de ambas patologías y su impacto pronóstico bidireccional, la Sociedad Europea de Cardiología publica su primera guía dedicada exclusivamente a la interacción cardiorrenal, elaborada en colaboración con la European Renal Association (ERA).

A continuación compartimos los mensajes clave que se resumen según el acrónimo **STAMP on CKD** (Screen, Triage, and Address CKD risk, Modify CVD management, and Plan health services [Tamizar, Triar y Abordar el riesgo de ERC, Modificar el manejo de la ECV y Planificar los servicios de salud]).

Screen (Tamizaje)

- Un objetivo clave de la guía es facilitar el diagnóstico temprano de la ERC en pacientes con ECV (y viceversa)
- Tamizar para ERC mediante la medición de la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) y la albuminuria en todos los pacientes con ECV
- Estadificar la ERC utilizando la TFGe y el cociente albumina/creatinina en orina (CACu), y considerar la cronicidad
- Se recomienda el retamizaje/reevaluación al menos anual de la TFGe y del CACu en pacientes con diabetes, ERC y ECV.

Triage y estadificación de la ERC

En las categorías de ERC G3–5, utilizar la Ecuación de Riesgo de Falla Renal (KFRE) para evaluar el riesgo absoluto de un individuo de progresar a la necesidad de terapia de reemplazo renal (TRR), permitiendo la derivación oportuna para la evaluación y el manejo nefrológico

Las escalas de riesgo de ECV que incluyen la TFGe y/o la albuminuria deben utilizarse preferentemente para establecer un riesgo de ECV preciso en pacientes con ERC

Abordaje del riesgo de ERC y ECV (Addressing CKD and CVD risk)

- Un objetivo clave de la guía es garantizar el uso temprano y apropiado de la terapia modificadora del riesgo de falla renal y de ECV en pacientes con ECV y ERC
- La terapia basada en estatinas adecuadamente intensiva con o sin ezetimiba debe ofrecerse de forma rutinaria y amplia a los pacientes con ERC (no en diálisis) independientemente de los niveles de lípidos, para reducir el riesgo de ECV

- Se recomienda un IECA o ARA-II, y un inhibidor de SGLT2 para la mayoría de los pacientes con ERC para reducir el riesgo de progresión de la ERC y el riesgo de ECV
- Los inhibidores de SGLT2 pueden iniciarse de forma segura con un TFG_e ≥ 20 mL/min/1,73 m² y pueden continuarse cuando el TFG_e progresa por debajo de 20 mL/min/1,73 m² hasta el inicio de la TRR (por lo tanto, sería razonable iniciarlos con TFG_e < 20 mL/min/1,73 m²)
- La terapia con ARM no esteroideo (finerenona) y agonista del receptor GLP-1 (semaglutida) se recomienda para pacientes con ERC con diabetes tipo 2 y albuminuria para reducir aún más el riesgo de progresión de la ERC y los eventos cardiovasculares
- El monitoreo bioquímico adicional tras el inicio de los inhibidores de SGLT2 o agonistas del receptor GLP-1 no se requiere de forma rutinaria, pero entre 1 y 4 semanas después del inicio del bloqueo del sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA) se deben volver a controlar el potasio sérico y la TFG_e
- Al iniciar el bloqueo del SRAA/inhibidores de SGLT2 para la ERC y/o IC, se espera una disminución modesta de la TFG_e (típicamente $< 30\%$), lo cual no disminuye los efectos beneficiosos del tratamiento
- El control glucémico y el manejo de la presión arterial en la ERC deben priorizar los fármacos que también hayan demostrado reducir el riesgo de progresión de la enfermedad renal y/o eventos cardiovasculares

Modificación de los enfoques para el manejo de la ECV (Modifying approaches to CVD management)

La guía tiene como objetivo destacar las áreas clave donde la presencia de una TFG_e disminuido requiere cambios en el manejo de la ECV.

(i) Insuficiencia Cardíaca (IC)

- Las terapias médicas fundacionales para el tratamiento de la IC son similarmente efectivas en términos de efectos relativos del tratamiento en pacientes con y sin ERC.
- En pacientes con evidencia de sobrecarga de volumen, la dosificación suficientemente alta de diuréticos de asa, la medición de la respuesta diurética y el empleo de terapia diurética combinada en la IC descompensada y ERC deberían lograr la máxima descongestión

(ii) Síndromes Coronarios Crónicos y Agudos (SCC y SCA)

- Se recomienda un enfoque individualizado para las imágenes coronarias diagnósticas en pacientes con ERC. El manejo del SCC en pacientes con ERC generalmente sigue un enfoque estándar donde se recomienda una estrategia inicial conservadora de tratamiento médico óptimo
- Si la revascularización está indicada, se requiere una toma de decisiones individualizada con respecto al tipo de revascularización

- Se debe considerar una duración abreviada de la doble antiagregación plaquetaria (1–3 meses frente a los 6 meses convencionales) para pacientes con ERC y SCC sometidos a angioplastia electiva, a fin de reducir el riesgo de sangrado
- La evaluación seriada de los niveles de troponina en pacientes con ERC y sospecha de SCA es importante
- Los pacientes con SCA y ERC tienen un mayor riesgo de sangrado y esto puede impactar en la elección, tipo, intensidad y duración de la terapia antiplaquetaria

(iii) Fibrilación Auricular (FA)

- Las herramientas actuales de predicción del riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) y de sangrado en la FA tienen un rendimiento deficiente en la ERC
- Los anticoagulantes orales directos (ACOD) son preferidos sobre los antagonistas de la vitamina K (AVK) para pacientes con FA y ERC con TFG_e >30 mL/min/1,73 m²
- Los inhibidores orales del factor Xa pueden considerarse en preferencia sobre los AVK para pacientes con TFG_e de 15–29 mL/min/1,73 m²
- El éxito de la cardioversión parece no verse afectado por el estadio de la ERC, pero la recurrencia de la FA es alta. La ablación por catéter puede ser una alternativa eficaz
- Tanto las estrategias de control de frecuencia como de ritmo en pacientes con ERC necesitan enfoques individualizados, con consideraciones sobre la farmacocinética de los medicamentos, el desequilibrio electrolítico, la prevalencia de cardiopatía estructural y los riesgos de recurrencia de la FA

(iv) Injuria Renal Aguda Inducida por Contraste (IRA-IC)

- El daño permanente directo atribuible a la IRA-IC (es decir, muerte, diálisis o una reducción importante y sostenida de la TFG_e después de 6 meses) es relativamente raro y, por lo tanto, el riesgo de IRA-IC se ve casi siempre superado por los beneficios de las imágenes diagnósticas y las intervenciones terapéuticas (y debe evitarse cualquier daño potencial derivado de suspender o retrasar procedimientos o terapias)
- El uso de medios de contraste isoosmolares o de baja osmolaridad en combinación con protocolos de ahorro de contraste está indicado cuando la TFG_e es <30 mL/min/1,73 m², y también se puede considerar la hidratación intravenosa periprocedimiento

Planificación de los servicios de salud para las complejidades de la ERC (Planning health services for the complexities of CKD)

- Desde la perspectiva del paciente, la comunicación y la educación sobre la ERC son importantes
- Todos los clínicos deben comprometerse en el manejo del riesgo de ECV y el riesgo de progresión de la ERC para reducir la carga global de ambas condiciones
- Los servicios de salud deben estar organizados para reconocer a los pacientes de alto riesgo, teniendo en cuenta las consideraciones especiales en la ERC, a fin de

minimizar los riesgos así como cualquier retraso en el tratamiento que estos pacientes experimenten

Referencia: [2026 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and chronic kidney disease, in collaboration with the European Renal Association](#)

4. GUÍA ESC 2026 SOBRE REHABILITACIÓN CARDÍACA

La European Alliance for Cardiovascular Health destaca el papel crucial de la rehabilitación cardíaca en la mejora de la salud cardiovascular en toda Europa. La rehabilitación cardíaca se ha convertido en un componente fundamental del abordaje integral de los pacientes con enfermedades cardíacas y constituye un tratamiento recomendado para implementar eficazmente estrategias de prevención. Asimismo, mejora el funcionamiento físico y mental, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y otros resultados relevantes en salud —como los factores de riesgo cardiovascular—, además de mejorar los resultados clínicos, como la reducción de las tasas de rehospitalización y de mortalidad.

Perspectiva de los pacientes sobre la rehabilitación cardíaca

Una rehabilitación cardíaca eficaz proporciona a los pacientes herramientas prácticas, orientación personalizada y apoyo emocional para favorecer la salud a largo plazo, el cambio de hábitos y el autocuidado.

El éxito depende de adaptar las intervenciones a las necesidades individuales, desarrollar la resiliencia psicológica, integrar la rehabilitación en la vida cotidiana y garantizar un apoyo continuo más allá del programa estructurado.

Este enfoque integrado y centrado en el paciente maximiza el impacto de la rehabilitación cardíaca en poblaciones diversas y, con frecuencia, complejas.

Fundamentos de la rehabilitación cardíaca: quiénes se benefician, qué logra y por qué es importante

La rehabilitación cardíaca ha evolucionado desde una terapia basada exclusivamente en el ejercicio hacia una intervención integral y multidisciplinaria que mejora los resultados clínicos y la calidad de vida, así como el funcionamiento físico y mental, en una amplia variedad de pacientes con enfermedades cardíacas.

La iniciación temprana, la implementación individualizada y la inclusión de componentes psicosociales, educativos y relacionados con el estilo de vida son esenciales para maximizar la seguridad, la eficacia y la eficiencia en términos de costos.

Indicaciones para la rehabilitación cardíaca

La rehabilitación cardíaca está recomendada en un amplio espectro de enfermedades cardiovasculares, incluidos pacientes con:

- Síndrome coronario agudo (SCA)
- Síndrome coronario crónico (SCC)
- Insuficiencia cardíaca crónica, tanto con fracción de eyección reducida (HFrEF) como preservada (HFpEF)
- Insuficiencia cardíaca avanzada
- Pacientes portadores de dispositivos de asistencia ventricular izquierda (LVAD)
- Pacientes después de un trasplante cardíaco (HTx)
- Pacientes en etapas tempranas posteriores a un episodio de insuficiencia cardíaca descompensada

La evidencia emergente también sugiere su eficacia en pacientes después de:

- Reemplazo quirúrgico de la válvula aórtica (SAVR)
- Implante de válvula aórtica transcatóter (TAVI)
- Cardiopatías congénitas del adulto (ACHD)
- Fibrilación auricular (FA)
- Dispositivos electrónicos cardíacos implantables (CIED)
- Cáncer en pacientes sometidos a tratamientos cardiotóxicos

Es importante destacar que las comorbilidades y la fragilidad no constituyen razones para excluir a estos pacientes de la rehabilitación cardíaca.

Estándares de calidad de la rehabilitación cardíaca

Se recomienda implementar la rehabilitación cardíaca de acuerdo con la estructura y los indicadores de calidad basados en procesos y resultados definidos por la EAPC, en todos los países europeos, con el objetivo de favorecer la estandarización y garantizar una atención de alta calidad.

Un equipo de rehabilitación cardíaca coordinado y multidisciplinario, junto con un enfoque colaborativo de atención, son esenciales para brindar una atención integral y centrada en el paciente.

La capacitación continua y la comunicación entre los integrantes del equipo contribuyen a garantizar la calidad y eficacia del programa.

Componentes centrales de la rehabilitación cardíaca

Evaluación del paciente

Una evaluación basal integral, centrada en el paciente y con participación activa de este, junto con una estratificación multidimensional del riesgo, constituye la base para diseñar un programa de rehabilitación cardíaca personalizado que contemple las necesidades médicas, funcionales, psicosociales y relacionadas con el estilo de vida de cada paciente.

Autocuidado, cambio de hábitos y educación

Empoderar a los pacientes mediante estrategias estructuradas de autocuidado y educación adaptada a sus necesidades es fundamental en la rehabilitación cardíaca.

Las técnicas para favorecer el cambio de hábitos, el apoyo para mejorar la alfabetización en salud y las intervenciones psicoeducativas mejoran la salud y la calidad de vida, al tiempo que reducen los factores de riesgo cardiovascular.

Optimización del tratamiento farmacológico cardiovascular

La rehabilitación cardíaca ofrece un marco único para optimizar el tratamiento farmacológico basado en las recomendaciones de las guías en una amplia variedad de enfermedades cardiovasculares y comorbilidades.

Esto incluye el aumento o reducción progresiva de las dosis, la desprescripción y la mejora de la adherencia al tratamiento.

La educación del paciente, la conciliación periódica de la medicación y los ajustes individualizados durante la rehabilitación cardíaca mejoran el control de los factores de riesgo, reducen los eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) y la mortalidad, y contribuyen a abordar las persistentes diferencias entre hombres y mujeres en el acceso y la utilización adecuada del tratamiento farmacológico.

Actividad física y asesoramiento sobre el comportamiento sedentario

Se recomienda utilizar asesoramiento conductual, establecimiento de objetivos y dispositivos de seguimiento de la actividad física para promover un estilo de vida activo y reducir el tiempo sedentario en los pacientes que realizan rehabilitación cardíaca.

Los pacientes se benefician de una mejor capacidad funcional, mejores resultados reportados por los pacientes (PROs) y una reducción de la mortalidad cardiovascular.

Entrenamiento físico

El entrenamiento físico individualizado constituye un componente central y basado en la evidencia de la rehabilitación cardíaca y debe adaptarse al riesgo cardiovascular, la capacidad funcional y el perfil clínico de cada paciente.

El entrenamiento físico mejora el funcionamiento físico y mental y la calidad de vida relacionada con la salud, y reduce las hospitalizaciones y las tasas de eventos cardiovasculares en una amplia variedad de pacientes con enfermedades cardíacas.

Nutrición y manejo de la composición corporal

Se debe ofrecer asesoramiento nutricional individualizado y manejo de la composición corporal a los pacientes que realizan rehabilitación cardíaca, con el objetivo de promover una alimentación saludable y reducir el riesgo cardiovascular y la mortalidad.

En pacientes con obesidad, son esenciales las intervenciones integrales para la pérdida de peso, acompañadas de estrategias preventivas destinadas a evitar la pérdida de masa muscular, con el objetivo de mejorar la salud metabólica y funcional.

Debe considerarse el screening y seguimiento de alteraciones de la composición corporal para orientar las intervenciones nutricionales en pacientes con riesgo de desnutrición o sarcopenia.

Cesación tabáquica

Se recomienda una estrategia integral para dejar de fumar —que incluya asesoramiento conductual, educación personalizada, tratamiento farmacológico y seguimiento— como parte integral de la rehabilitación cardíaca, con el objetivo de mejorar los resultados cardiovasculares y favorecer la abstinencia sostenida a largo plazo.

También deben considerarse las redes de apoyo, las intervenciones psicosociales y los controles periódicos para brindar acompañamiento continuo.

Abordaje psicosocial

El screening psicológico debería formar parte de la evaluación integral del riesgo en rehabilitación cardíaca, con el objetivo de identificar a los pacientes que podrían beneficiarse de intervenciones específicas.

Las terapias psicológicas estructuradas, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), junto con los enfoques basados en mindfulness, pueden reducir la carga psicológica —por ejemplo, ansiedad y depresión— y mejorar el bienestar.

La telemonitorización y las herramientas digitales ofrecen opciones accesibles para apoyar el funcionamiento psicológico.

Debe considerarse el tratamiento antidepresivo en pacientes con depresión mayor moderada a grave.

Asesoramiento sobre salud sexual

El screening de la función sexual debe integrarse en la rehabilitación cardíaca para orientar el tratamiento adecuado y favorecer la toma de decisiones compartida.

Durante la rehabilitación cardíaca puede considerarse la rehabilitación sexual o el asesoramiento específico para mejorar la función y la satisfacción sexual.

Manejo de la fragilidad y las comorbilidades relacionadas con el riesgo cardiovascular

La rehabilitación cardíaca debe incluir el manejo estructurado de los factores de riesgo cardiovascular, la fragilidad y las comorbilidades, adaptado a la condición de cada paciente y desarrollado mediante un enfoque multidisciplinario.

Se recomienda armonizar este abordaje con los protocolos de rehabilitación específicos de cada enfermedad para mejorar los resultados en salud.

Asesoramiento sobre factores ambientales de riesgo cardiovascular

Durante la rehabilitación cardíaca debe considerarse el asesoramiento sobre factores ambientales estresantes como factores de riesgo cardiovascular, entre ellos:

- Contaminación del aire
- Exposición al ruido
- Exposición a luz artificial durante la noche
- Climas extremos

Intervenciones para favorecer el regreso al trabajo

Facilitar el regreso al trabajo debería constituir un objetivo específico de la rehabilitación cardíaca, particularmente en pacientes más jóvenes.

Deben considerarse intervenciones combinadas —incluidos el asesoramiento y el entrenamiento físico— para favorecer una reinserción laboral oportuna y exitosa.

Telemedicina y tecnologías digitales en la rehabilitación cardíaca

La integración de herramientas digitales, como sensores portátiles, aplicaciones para teléfonos inteligentes y sistemas basados en inteligencia artificial, puede mejorar el automonitoreo, personalizar la atención, optimizar la educación y la adherencia de los pacientes y favorecer la detección temprana de eventos cardíacos adversos.

En última instancia, estas herramientas pueden contribuir a lograr mejores resultados en rehabilitación.

Implementación de la rehabilitación cardíaca

La rehabilitación cardíaca debe brindarse mediante un enfoque centrado en el paciente, utilizando modelos:

- Basados en centros especializados
- Basados en el domicilio
- De telerrehabilitación cardíaca (CTR)
- Híbridos

La modalidad debe adaptarse al riesgo clínico, las necesidades y las preferencias del paciente.

La telerrehabilitación cardíaca y los modelos híbridos deben considerarse alternativas eficaces a los modelos tradicionales, ya que pueden mejorar los resultados funcionales, la calidad de vida relacionada con la salud y el acceso a la rehabilitación.

Cómo mejorar la participación en los programas de rehabilitación cardíaca

La rehabilitación cardíaca continúa siendo subutilizada a nivel mundial debido a barreras individuales, sistémicas y estructurales.

Para mejorar la participación es necesario un enfoque multifacético:

- Los sistemas de derivación automática, el inicio temprano y la recomendación explícita por parte del médico mejoran la incorporación de pacientes.
- La telerrehabilitación y los modelos híbridos aumentan el acceso y la adherencia.
- La adaptación de las intervenciones, especialmente para mujeres, adultos mayores y grupos históricamente desatendidos, puede contribuir a reducir las desigualdades.
- Ampliar la disponibilidad de los programas, ofrecer modalidades de atención personalizadas y utilizar estrategias móviles y conductuales son medidas fundamentales para fortalecer la utilización de la rehabilitación cardíaca.

Consideración del sexo, la etnia y la edad en la rehabilitación cardíaca

La rehabilitación cardíaca debe personalizarse para abordar las desigualdades relacionadas con el sexo, la etnia y la edad en el acceso, la adherencia y los resultados.

Las mujeres, las minorías étnicas, los adultos mayores y los pacientes jóvenes enfrentan barreras específicas, que van desde bajas tasas de derivación y responsabilidades de cuidado hasta dificultades logísticas y psicosociales.

Los modelos de rehabilitación cardíaca adaptados —que incluyan horarios flexibles, modalidades domiciliarias o híbridas, atención culturalmente sensible y apoyo adecuado a cada etapa de la vida— pueden mejorar la participación y la eficacia.

Considerar las diferencias biológicas, psicológicas y sociales es esencial para garantizar una rehabilitación equitativa y de impacto para todos los pacientes.

Perspectiva de los pacientes sobre el manejo a largo plazo después de la rehabilitación cardíaca

La rehabilitación cardíaca tiene como objetivo empoderar a los pacientes para mantener una salud cardiovascular óptima durante toda la vida.

Más allá de la recuperación a corto plazo, la rehabilitación cardíaca proporciona las herramientas, la educación y la motivación necesarias para mantener los cambios de hábitos y controlar los factores de riesgo.

Las estrategias personalizadas de autocuidado, las herramientas digitales, el apoyo emocional y el seguimiento continuo favorecen la adherencia y la confianza del paciente.

Al integrar la rehabilitación cardíaca en la vida cotidiana y garantizar la continuidad de los cuidados, los pacientes están mejor preparados para mantener hábitos saludables para el corazón mucho después de finalizado el programa.

Referencia: [2026 ESC Guidelines on cardiac rehabilitation](#)