

■ KIT DE SESIÓN CLÍNICA · ESPACIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Principales novedades de la guía ESC 2026 de insuficiencia cardiaca

Qué cambia respecto a la guía de 2021: recomendaciones nuevas y revisadas, con su clase y su nivel de evidencia

PONENTE

[Nombre y apellidos]

CENTRO

[Servicio y hospital]

FECHA

[Fecha de la sesión]

CONTENIDO

Dr. Ramón Bover Freire · CardioTeca

Conflictos de interés

[Nombre y apellidos del ponente] declara los siguientes conflictos de interés en relación con esta presentación: [relación de conflictos, o «ninguno»].

Contenido elaborado por CardioTeca a partir de la guía ESC 2026 de insuficiencia cardiaca (Eur Heart J 2026; doi:10.1093/eurheartj/ehag100). Todas las tablas y esquemas son de elaboración propia: no se reproduce ninguna tabla ni figura original de la guía. Cada diapositiva lleva sus referencias al pie y, en las notas del orador, la tabla o el apartado de la guía de los que sale.

01

Qué cambia en la guía

Seis conceptos nuevos, clases y niveles de evidencia, fenotipos según la FEVI y estadios

Qué cambia en la guía ESC 2026: seis conceptos nuevos

La guía ESC 2026¹ actualiza y sustituye a la de 2021², que tuvo una actualización focalizada en 2023³

125 recomendaciones en 28 tablas

39 recomendaciones nuevas

20 recomendaciones revisadas respecto a 2021

1 Nuevos niveles de evidencia

A, B1, B2 y C: todas las recomendaciones, nuevas y antiguas, se han regraduado.

2 De tres fenotipos a dos

La ICFEr se amplía hasta el 50% y desaparece la ICFEIr (41-49%); la ICFEp sigue empezando en el 50%.

3 Estadios A-D

De los factores de riesgo a la IC avanzada.

4 Nueva nomenclatura terapéutica

Tratamiento médico fundamental (TMF), adicional (TMA) e intervencionista dirigido por las guías (TIDG).

5 TMF también en la ICFEp

ARM (esteroideo o no esteroideo) e iSGLT2. En 2021, el ARM no tenía recomendación en la ICFEp.

6 IC descompensada

Sustituye al término «IC aguda».

Elaboración propia.

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368. PMID: 34447992.

3. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2023;44(37):3627-39. doi:10.1093/eurheartj/ehad195. PMID: 37622666.

Cómo leer las recomendaciones: clases y nuevos niveles de evidencia

La guía ESC 2026¹ estrena el sistema de niveles de evidencia de la ESC⁴

Clases de recomendación

I	Se recomienda o está indicado. La evidencia o el acuerdo general indican que es beneficioso, útil y eficaz.
Ila	Debe considerarse. El peso de la evidencia o de la opinión está a favor de su utilidad.
Ilb	Puede considerarse. La utilidad o la eficacia están menos establecidas.
III	No se recomienda. No es útil ni eficaz y en algunos casos puede ser perjudicial.

Niveles de evidencia en tratamiento y prevención (nuevos)

A	Concluyente. Habitualmente, ≥ 2 estudios aleatorizados con potencia adecuada y sin sesgos mayores, con evidencia sustancial contra el azar en metaanálisis (p. ej., $p < 0,005$).
B1	Sugestiva. ≥ 1 estudio aleatorizado con potencia adecuada y sin sesgos mayores, o su metaanálisis, con alguna evidencia contra el azar (p. ej., $p < 0,05$).
B2	Limitada. ≥ 2 estudios no aleatorizados con buen control de sesgos, o metaanálisis de estudios aleatorizados pequeños sin potencia suficiente.
C	Preliminar. Estudios no aleatorizados sin control de sesgos, un único estudio aleatorizado pequeño o consenso de expertos.

- Pruebas diagnósticas y modelos de predicción: niveles A, B y C.
- Todas las recomendaciones, nuevas y antiguas, se han regrado. Ejemplo: DAI en miocardiopatía isquémica, I A en 2021² y I B1 en 2026.
- Objetivos con «Y»: los dos desenlaces fueron significativos por separado. Con «O»: el objetivo era combinado.

Elaboración propia.

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368. PMID: 34447992.

4. Jüni P, Antoniou S, Arbelo E, Bucerri S, Cikes M, da Costa BR, et al. 2024 Revision of the level of evidence grading system for ESC clinical practice guideline recommendations I: therapy and prevention. Eur Heart J. 2025;46(20):1885-94. doi:10.1093/eurheartj/ehaf009. PMID: 40116721.

Fenotipos según la FEVI: de tres a dos

La guía ESC 2026¹ elimina la FEVI ligeramente reducida de la clasificación de 2021²



ICFER

FEVI <50% y síntomas y/o signos de IC.

ICFEp

FEVI ≥50% (que nunca haya sido <50%), síntomas y/o signos y alteraciones estructurales o funcionales compatibles con disfunción diastólica o presiones de llenado elevadas, apoyadas por péptidos natriuréticos elevados.

FEVI mejorada

Aumento absoluto ≥10 puntos y FEVI final >40%. Se mantiene el TMF salvo en casos muy seleccionados.

Según la guía, ningún estudio aleatorizado grande se ha hecho exclusivamente con FEVI 41-49%; estos pacientes parecen responder al TMF como los de FEVI <40%.

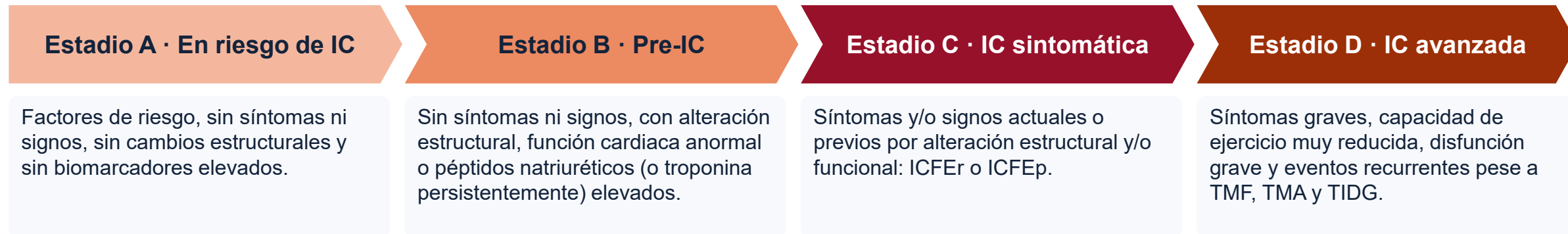
Elaboración propia.

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368. PMID: 34447992.

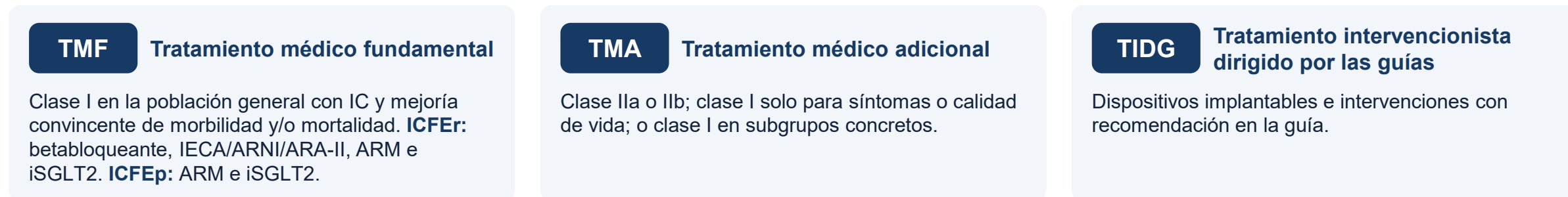
Estadios de la insuficiencia cardiaca y nueva nomenclatura del tratamiento

Los estadios A-D de la guía estadounidense de 2022⁵ entran en la guía ESC 2026¹



Los estadios A y B no son IC según la definición de la guía.

Nueva nomenclatura del tratamiento



TMF + TMA = tratamiento médico dirigido por las guías.

Elaboración propia.

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

5. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2022;145(18):e895-e1032. doi:10.1161/CIR.0000000000001063. PMID: 35363499.

02

Prevención y diagnóstico

Estadios A y B, péptidos natriuréticos según la edad y diagnóstico etiológico

Prevención: recomendaciones en los estadios A y B

Tablas de recomendaciones 1 y 2 de la guía ESC 2026¹; comparación con la guía de 2021²

Estadio A · en riesgo de IC		Estadio B · pre-IC	
PAS <130 mmHg	Control estricto de la presión arterial (objetivo de PAS) en hipertensión o estadio B Revisada 2021: tratar la HTA, I A	FEVI ≤40% IECA (ARA-II si no se tolera) Nueva	I A
I C	Consejo sobre estilo de vida: peso, dieta, sedentarismo, tabaco, alcohol y drogas (cocaína, anfetaminas, esteroides anabolizantes) Nueva	FEVI <50% Betabloqueante Nueva	I B1
Ila A	Agonista del receptor de GLP-1 en DM2 con al menos otro factor de riesgo cardiovascular Nueva	FEVI ≤40% tras un infarto Eplerenona , con signos de IC o diabetes Nueva	I B1
Se mantienen			
iSGLT2 · DM2 con riesgo de IC	I A	iSGLT2 · DM2 con ERC	I A
Finerenona · DM2 con ERC	I A		
Estatina · riesgo alto de ECVA o ECVA establecida	Ila A		

Elaboración propia.

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368. PMID: 34447992.

Diagnóstico: péptidos natriuréticos según la edad y analítica inicial

Figuras 4 y 11 y tabla de recomendaciones 3 de la guía ESC 2026¹, a partir del consenso de la HFA de 2023⁶

Consulta: sospecha de IC crónica

NT-proBNP (pg/mL) elevado según la edad



--- Guía 2021²: umbral único; <125 (o BNP <35) descarta IC a cualquier edad

Péptidos elevados (o BNP ≥35):
ecocardiograma y valoración especializada.

>2.000: ecocardiograma, preferiblemente en 2 semanas.

Sospecha de IC descompensada

NT-proBNP (pg/mL) con IC descompensada probable



--- <300 descarta IC descompensada, sin ajuste por edad

Por encima del umbral de la edad: **IC descompensada probable.**

>5.000: riesgo muy alto; en general, ingreso.

Analítica inicial

IC

Hemograma

FGe

Cociente albúmina/creatinina en orina · **nuevo**

Iones

Función hepática

Función tiroidea

HbA1c

Lípidos

Hierro (IST y ferritina)

Pruebas iniciales

IC

Péptidos natriuréticos

ECG

Radiografía de tórax

Ecocardiograma

Los péptidos se interpretan con la edad, la obesidad (los reduce) y otros factores de la tabla 9 de la guía. IST: índice de saturación de transferrina.

Elaboración propia.

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368. PMID: 34447992.

6. Bayes-Genis A, Docherty KF, Petrie MC, Januzzi JL, Mueller C, Anderson L, et al. Practical algorithms for early diagnosis of heart failure and heart stress using NT-proBNP: a clinical consensus statement from the Heart Failure Association of the ESC. Eur J Heart Fail. 2023;25(11):1891-8. doi:10.1002/ehfj.3036. PMID: 37712339.

Diagnóstico etiológico: recomendaciones nuevas y revisadas

Tabla de recomendaciones 4 de la guía ESC 2026¹; comparación con la guía de 2021²

I C

RMC con contraste

Si se sospecha miocardiopatía o la etiología es incierta. Sustituye a tres recomendaciones de 2021.

Revisada

2021: I C, I C y IIa C

I B*

Sospecha de amiloidosis

Estudio inicial: inmunofijación en suero y orina, cadenas ligeras libres en suero y gammagrafía ósea (DPD, PYP o HMDP). **Nueva**

I C

Estudio genético

Si se cumplen criterios de miocardiopatía y aporta al diagnóstico, al pronóstico, al tratamiento, a la reproducción o al cribado familiar. **Nueva**

2021: I B

→

I C

Coronariografía invasiva

IC con angina y probabilidad alta de enfermedad coronaria obstructiva, si es candidato a revascularización. **Revisada**

2021: IIb B

→

IIa C

Coronariografía invasiva

ICFEr con probabilidad pretest alta de enfermedad coronaria obstructiva. **Revisada**

IIa C

PET con ¹⁸F-FDG

Si se sospecha sarcoidosis cardíaca. **Nueva**

IIa C

Estimulación del VD

Revisar su porcentaje en portadores de dispositivo con ICFEr nueva o que empeora. **Nueva**

IIb C

Cardioversión eléctrica

Como herramienta diagnóstica en FA persistente. **Nueva**

*Pruebas diagnósticas: escala de niveles A, B y C.

Elaboración propia.

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368. PMID: 34447992.

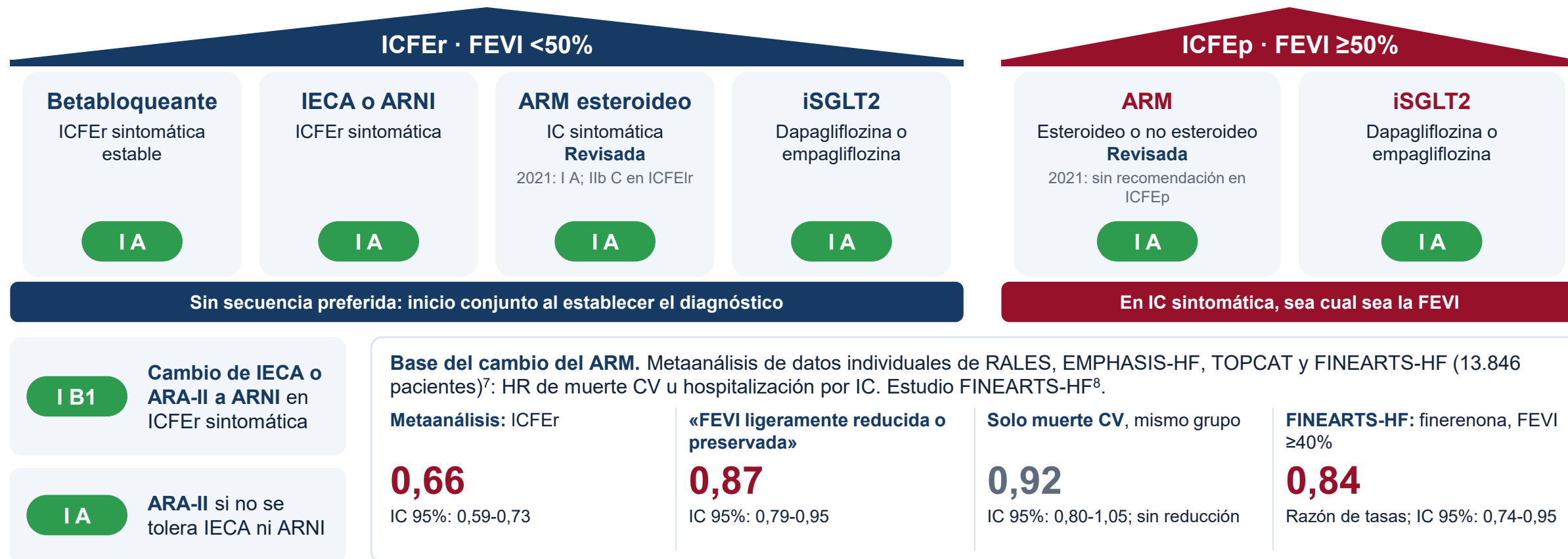
03

Tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica

Tratamiento médico fundamental, titulación, tratamiento adicional, ICFEp y dispositivos

Tratamiento médico fundamental: cuatro fármacos en la ICFeR y dos en la ICFeP

Tabla de recomendaciones 5 de la guía ESC 2026¹



Elaboración propia.

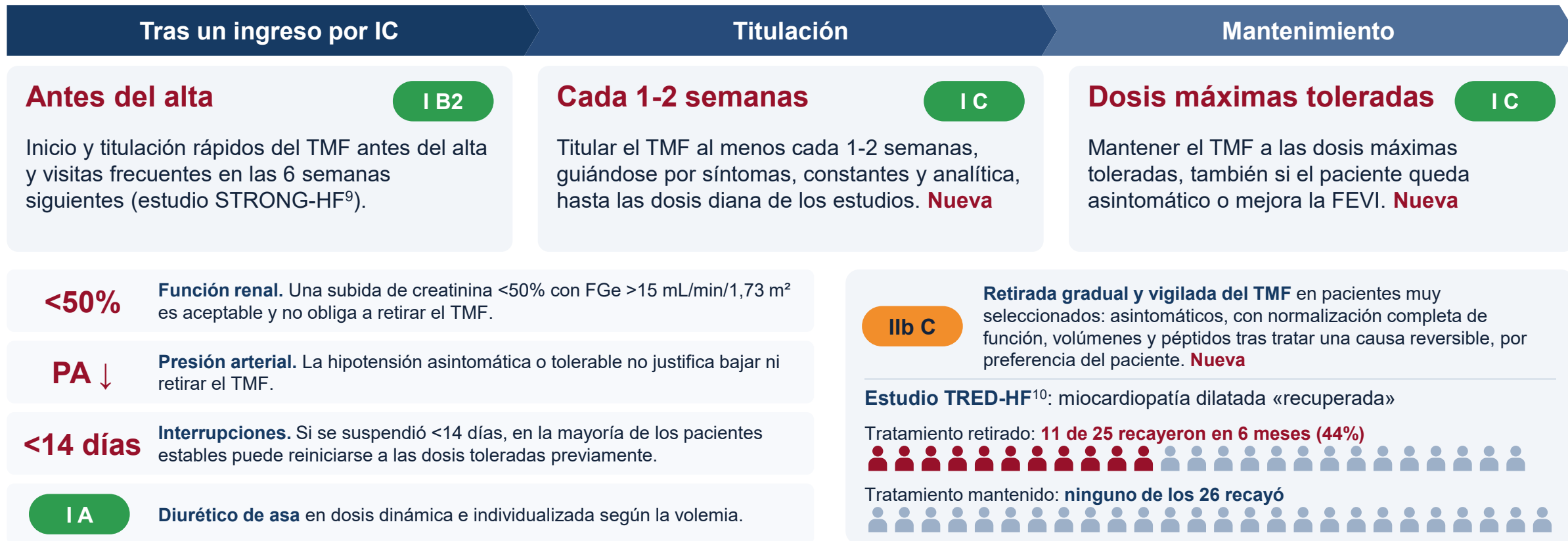
1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

7. Jhund PS, Talebi A, Henderson AD, Claggett BL, Vaduganathan M, Desai AS, et al. Mineralocorticoid receptor antagonists in heart failure: an individual patient level meta-analysis. Lancet. 2024;404(10458):1119-31. doi:10.1016/S0140-6736(24)01733-1. PMID: 39232490.

8. Solomon SD, McMurray JJV, Vaduganathan M, Claggett B, Jhund PS, Desai AS, et al. Finerenone in heart failure with mildly reduced or preserved ejection fraction. N Engl J Med. 2024;391(16):1475-85. doi:10.1056/NEJMoa2407107. PMID: 39225278.

Titulación, mantenimiento y retirada del tratamiento médico fundamental

Tablas de recomendaciones 5 y 8 y apartado 6.1.6 de la guía ESC 2026¹



Elaboración propia.

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

9. Mebazaa A, Davison B, Chioncel O, Cohen-Solal A, Diaz R, Filippatos G, et al. Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): a multinational, open-label, randomised, trial. Lancet. 2022;400(10367):1938-52. doi:10.1016/S0140-6736(22)02076-1. PMID: 36356631.

10. Halliday BP, Wassall R, Lota AS, Khaliq Z, Gregson J, Newsome S, et al. Withdrawal of pharmacological treatment for heart failure in patients with recovered dilated cardiomyopathy (TRED-HF): an open-label, pilot, randomised trial. Lancet. 2019;393(10166):61-73. doi:10.1016/S0140-6736(18)32484-X. PMID: 30429050.

Tratamiento médico adicional en la ICFEr: glucósidos, vericiguat e ivabradina

Tabla de recomendaciones 5 y tabla 6 de la guía ESC 2026¹; comparación con la guía de 2021²

FEVI ≤40%

Glucósido cardiaco (digoxina o digitoxina) pese a TMF óptimo, para reducir hospitalizaciones por IC **Revisada**
2021: digoxina en ritmo sinusal, IIb B

Ila B1

FEVI <45%

Vericiguat pese a TMF óptimo **Revisada**
2021: tras empeoramiento de la IC, IIb B

IIb B1

FEVI ≤35%

Ivabradina con ritmo sinusal y FC >70 lpm, con TMF a dosis máximas toleradas

Ila B1

FEVI ≤35%

Ivabradina si no se tolera el betabloqueante (ritmo sinusal)

Ila C

FEVI ≤40%

Hidralazina y dinitrato de isosorbida en pacientes autoidentificados como de raza negra, con TMF óptimo

Ila B2

Estudios DIGIT-HF¹¹ y VICTOR¹²

■ Digitoxina o vericiguat ■ Placebo

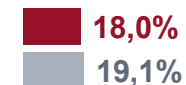
DIGIT-HF: muerte o primer ingreso por IC

Digitoxina; FEVI ≤40% y NYHA III-IV, o FEVI ≤30% y NYHA II; 1.212 pacientes
HR 0,82 (IC 95%: 0,69-0,98)



VICTOR: muerte CV u hospitalización por IC

Vericiguat; FEVI ≤40% sin empeoramiento reciente; 6.105 pacientes
HR 0,93 (IC 95%: 0,83-1,04)



Estudio VICTORIA¹³: FEVI <45% con empeoramiento reciente.

Sin recomendación: omecamtiv mecarbil (no aprobado) y quelantes de potasio (datos insuficientes).

Elaboración propia.

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368. PMID: 34447992.

11. 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. PMID: 40879434.

12. Butler J, McMullan CJ, Anstrom KJ, Barash I, Bonaca MP, Borenstein M, et al. Vericiguat in patients with chronic heart failure and reduced ejection fraction (VICTOR): a double-blind, placebo-controlled, randomised, phase 3 trial. Lancet. 2025;406(10510):1341-50. doi:10.1016/S0140-6736(25)01665-4. PMID: 40897189.

13. Armstrong PW, Pieske B, Anstrom KJ, Ezekowitz J, Hernandez AF, Butler J, et al. Vericiguat in patients with heart failure and reduced ejection fraction. N Engl J Med. 2020;382(20):1883-93. doi:10.1056/NEJMoa1915928. PMID: 32222134.

ICFEp: ARM e iSGLT2 como pilares y tratamiento de la obesidad

Tablas de recomendaciones 5 y 18 de la guía ESC 2026¹

Tratamiento médico fundamental

IA **iSGLT2** (dapagliflozina o empagliflozina) en IC sintomática

IA **ARM** esteroideo o no esteroideo en IC sintomática **Revisada**
2021: sin recomendación en ICFEp; IIb C en ICFeIr

Obesidad

IMC
≥30 kg/m²

Semaglutida o tirzepatida con IC sintomática y FEVI ≥45%, con o sin diabetes, para reducir peso y mejorar capacidad de ejercicio y calidad de vida
Nueva

IIa B1

IMC
≥35 kg/m²

Cirugía bariátrica si el estilo de vida y los fármacos no mantienen la pérdida de peso **Nueva**

IIb C

Estudios FINEARTS-HF⁸ y SUMMIT¹⁴

FINEARTS-HF: finerenona; «FEVI ligeramente reducida o preservada» (FEVI ≥40%); 6.001 pacientes

Empeoramiento de IC (eventos totales) y muerte CV  **Razón de tasas 0,84 (0,74-0,95)**

SUMMIT: tirzepatida; FEVI ≥50% e IMC ≥30; 731 pacientes

Muerte CV o empeoramiento de IC  **HR 0,62 (0,41-0,95)**

← Favorece el fármaco Favorece placebo →

Estudios STEP-HFpEF y STEP-HFpEF DM^{15,16}: semaglutida 2,4 mg en ICFEp e IMC ≥30; mejoría de síntomas y limitación física (KCCQ-CSS) y del peso.

Otros fármacos

IIb C

IECA, ARA-II o ARNI para reducir hospitalizaciones por IC **Nueva**

Elaboración propia.

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.
8. Solomon SD, McMurray JJV, Vaduganathan M, Claggett B, Jhund PS, Desai AS, et al. Finerenone in heart failure with mildly reduced or preserved ejection fraction. N Engl J Med. 2024;391(16):1475-85. doi:10.1056/NEJMoa2407107. PMID: 39225278.
14. Packer M, Zile MR, Kramer CM, Baum SJ, Litwin SE, Menon V, et al. Tirzepatide for heart failure with preserved ejection fraction and obesity. N Engl J Med. 2025;392(5):427-37. doi:10.1056/NEJMoa2410027. PMID: 39555826.
15. Kosiborod MN, Abildstrøm SZ, Borlaug BA, Butler J, Rasmussen S, Davies M, et al. Semaglutide in patients with heart failure with preserved ejection fraction and obesity. N Engl J Med. 2023;389(12):1069-84. doi:10.1056/NEJMoa2306963. PMID: 37622681.
16. Kosiborod MN, Petrie MC, Borlaug BA, Butler J, Davies MJ, Hovingh GK, et al. Semaglutide in patients with obesity-related heart failure and type 2 diabetes. N Engl J Med. 2024;390(15):1394-407. doi:10.1056/NEJMoa2313917. PMID: 38587233.

Dispositivos: desfibrilador automático implantable y resincronización

Tablas de recomendaciones 6 y 7 de la guía ESC 2026¹; comparación con la guía de 2021²

Desfibrilador automático implantable

Criterios comunes

NYHA II-III

ICFEr sintomática

≤35%

FEVI tras ≥3 meses de
TMF óptimo

>1 año

supervivencia esperada

2021: I A

→

I B1

DAI de causa isquémica con estos
criterios **Nivel regraduado**

2021: IIa A

→

IIa B1

DAI de causa no isquémica con los
mismos criterios **Nivel regraduado**

Terapia de resincronización cardíaca

I A

TRC con FEVI ≤35% pese a TMF óptimo, ritmo sinusal, BRIHH y QRS
≥150 ms

2021: I A

→

IIa B1

TRC en lugar de estimulación del VD si hay indicación
de estimulación ventricular por bloqueo AV de alto grado
(estudio BLOCK-HF¹⁷) **Revisada**

IIa B1

Actualización a TRC en portadores de marcapasos o DAI con FEVI
≤35%, empeoramiento de la IC y estimulación del VD significativa
(estudio BUDAPEST-CRT Upgrade¹⁸)

IIb C

Iniciar el TMF y planificar la TRC a la vez con BRIHH, QRS ≥150 ms y
FEVI ≤35%, reevaluando la FEVI antes del implante **Nueva**

Estimulación del sistema de conducción: sin recomendación, por falta de estudios aleatorizados con desenlaces clínicos.

Elaboración propia.

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368. PMID: 34447992.

17. Curtis AB, Worley SJ, Adamson PB, Chung ES, Niazi I, Sherfese L, et al. Biventricular pacing for atrioventricular block and systolic dysfunction. N Engl J Med. 2013;368(17):1585-93. doi:10.1056/NEJMoa1210356. PMID: 23614585.

18. Merkely B, Hatala R, Wranicz JK, Duray G, Földesi C, Som Z, et al. Upgrade of right ventricular pacing to cardiac resynchronization therapy in heart failure: a randomized trial. Eur Heart J. 2023;44(40):4259-69. doi:10.1093/eurheartj/ehad591. PMID: 37632437.

04

IC descompensada, shock e IC avanzada

Descongestión, shock cardiogénico y derivación a un centro de IC avanzada

IC descompensada: definición, fases y descongestión

Apartado 7 y tablas de recomendaciones 8 y 9 de la guía ESC 2026¹

Definición. Síntomas y/o signos de IC, de inicio agudo o gradual, que obligan a atención urgente y a iniciar o intensificar el tratamiento: ingreso, urgencias o visita ambulatoria no programada.

1 · Abordaje inicial

2 ·
Estabilización

3 · Prealta y
postalta precoz

Descongestión con diurético de asa: dosis inicial y respuesta adecuada

40 mg

furosemida i.v., si no tomaba diuréticos

×2

su dosis oral habitual, si ya los tomaba

≥70 mmol/L

sodio urinario a las 2 h

≥100 mL/h

o diuresis en las primeras 6 h

I A

Diurético de asa intravenoso en todo ingreso con sobrecarga de volumen

Ila B1

Añadir acetazolamida intravenosa a corto plazo **o hidroclorotiazida oral** si hay sobrecarga de volumen ya tratada con diurético de asa (estudios ADVOR¹⁹ y CLOROTIC²⁰) **Revisada**

2021: tiazida en edema resistente, Ila B

Ilb B1

Diurético guiado por el sodio urinario en los primeros días (estudio PUSH-AHF²¹) **Nueva**

I B1

iSGLT2 en el hospital tras la estabilización inicial (estudio EMPULSE²²) **Nueva**

I C

Antes del alta, evaluación cuidadosa para descartar congestión persistente

Elaboración propia.

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

19. Mullens W, Dauw J, Martens P, Verbrugge FH, Nijst P, Meekers E, et al. Acetazolamide in acute decompensated heart failure with volume overload. N Engl J Med. 2022;387(13):1185-95. doi:10.1056/NEJMoa2203094. PMID: 36027559.

20. Trullàs JC, Morales-Rull JL, Casado J, Carrera-Izquierdo M, Sánchez-Martel M, Conde-Martel A, et al. Combining loop with thiazide diuretics for decompensated heart failure: the CLOROTIC trial. Eur Heart J. 2023;44(5):411-21. doi:10.1093/eurheartj/ehac689. PMID: 36423214.

21. Ter Maaten JM, Beldhuis IE, van der Meer P, Krikken JA, Postmus D, Coster JE, et al. Natriuresis-guided diuretic therapy in acute heart failure: a pragmatic randomized trial. Nat Med. 2023;29(10):2625-32. doi:10.1038/s41591-023-02532-z. PMID: 37640861.

22. Voors AA, Angermann CE, Teerlink JR, Collins SP, Kosiborod M, Biegus J, et al. The SGLT2 inhibitor empagliflozin in patients hospitalized for acute heart failure: a multinational randomized trial. Nat Med. 2022;28(3):568-74. doi:10.1038/s41591-021-01659-1. PMID: 35228754.

Shock cardiogénico: equipo de shock y asistencia mecánica temporal

Tabla de recomendaciones 10 de la guía ESC 2026¹; comparación con la guía de 2021²

✓ Se recomienda o debe considerarse

IC

Equipo multidisciplinar de shock en candidatos a asistencia mecánica temporal, para elegir modalidad y dispositivo **Nueva**

Ila B1

Bomba de flujo microaxial en shock por IAMCEST con disfunción sistólica del VI y sin riesgo de daño cerebral hipóxico **Nueva**

Ila C

Asistencia mecánica temporal en complicaciones mecánicas del infarto, como puente al tratamiento definitivo **Nueva**

✗ No se recomienda

III B1

Asistencia mecánica temporal en pacientes no seleccionados con shock por infarto agudo, por riesgo de daño **Nueva**

III B1

Balón de contrapulsación en pacientes no seleccionados con shock cardiogénico, por falta de efecto **Revisada**
2021: tras infarto, III B

Estudios DanGer Shock²³ y ECLS-SHOCK²⁴

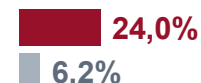
■ Asistencia mecánica temporal ■ Control

DanGer Shock: muerte a 180 días

Bomba de flujo microaxial; IAMCEST con shock; 355 pacientes
HR 0,74 (IC 95%: 0,55-0,99)



DanGer Shock: evento compuesto de seguridad



ECLS-SHOCK: muerte a 30 días

ECLS precoz; shock por infarto
RR 0,98 (IC 95%: 0,80-1,19)



Metaanálisis de datos individuales²⁵ · mortalidad a 6 meses

Uso no seleccionado



IAMCEST sin riesgo de daño cerebral hipóxico



← Favorece asistencia Favorece control →

Elaboración propia.

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368. PMID: 34447992.

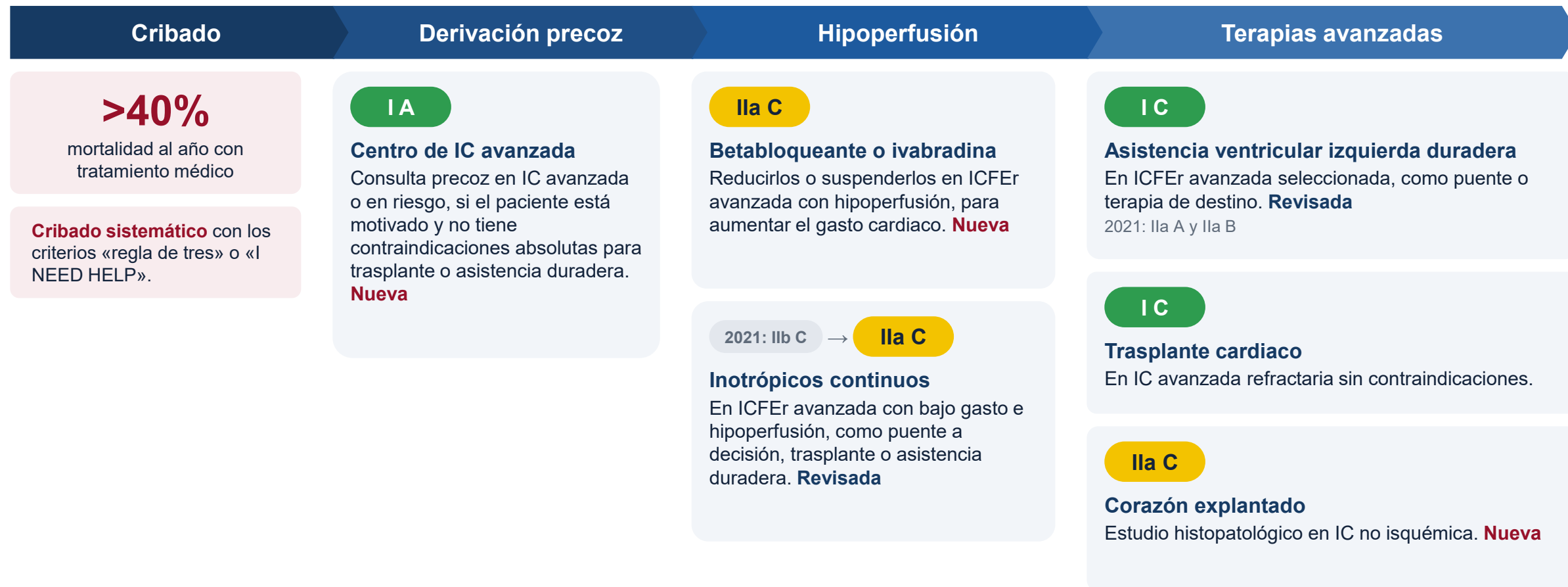
23. Møller JE, Engstrøm T, Jensen LO, Eiskjær H, Mangner N, Polzin A, et al. Microaxial flow pump or standard care in infarct-related cardiogenic shock. N Engl J Med. 2024;390(15):1382-93. doi:10.1056/NEJMoa2312572. PMID: 38587239.

24. Thiele H, Zeymer U, Akin I, Behnes M, Rassaf T, Mahabadi AA, et al. Extracorporeal life support in infarct-related cardiogenic shock. N Engl J Med. 2023;389(14):1286-97. doi:10.1056/NEJMoa2307227. PMID: 37634145.

25. Thiele H, Møller JE, Henriques JPS, Bogerd M, Seyfarth M, Burkhoof D, et al. Temporary mechanical circulatory support in infarct-related cardiogenic shock: an individual patient data meta-analysis of randomised trials with 6-month follow-up. Lancet. 2024;404(10457):1019-28. doi:10.1016/S0140-6736(24)01448-X. PMID: 39236726.

IC avanzada: derivación precoz y terapias avanzadas

Tablas de recomendaciones 11 a 14 de la guía ESC 2026¹; comparación con la guía de 2021²



Elaboración propia.

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368. PMID: 34447992.

05

Comorbilidades y organización de la atención

Comorbilidades cardiovasculares y no cardiovasculares, atención multidisciplinar y situaciones específicas

Comorbilidades cardiovasculares: FA, enfermedad coronaria y valvulopatías

Tablas de recomendaciones 15 a 17 de la guía ESC 2026¹; comparación con la guía de 2021²

Fibrilación auricular

2021: IIa B

→ **I C**

Betabloqueante como primera línea para el control de la frecuencia en ICfEr estable
Revisada

IIa B1

Ablación del nodo AV con TRC en FA permanente muy sintomática, mal control de frecuencia y ≥ 1 ingreso por IC (estudio APAF-CRT²⁶) **Nueva**

2021: IIa B

→ **IIa C**

Ablación de FA en ICfEr seleccionada: carga alta, persistente < 1 año y relación causa-efecto clara **Revisada**

CHA₂DS₂-VA: la «C» incluye la IC en estadios B, C y D.

Elaboración propia.

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368. PMID: 34447992.

26. Brignole M, Pentimalli F, Palmisano P, Landolina M, Quartieri F, Occhetta E, et al. AV junction ablation and cardiac resynchronization for patients with permanent atrial fibrillation and narrow QRS: the APAF-CRT mortality trial. Eur Heart J. 2021;42(46):4731-9. doi:10.1093/eurheartj/ehab569. PMID: 34453840.

27. Anker SD, Friede T, von Bardeleben RS, Butler J, Khan MS, Diek M, et al. Transcatheter valve repair in heart failure with moderate to severe mitral regurgitation. N Engl J Med. 2024;391(19):1799-809. doi:10.1056/NEJMoa2314328. PMID: 39216092.

Enfermedad coronaria y valvulopatías

2021: IIa C

→ **I C**

Revascularización por angina persistente pese a TMF y antianginosos **Revisada**

2021: I B

→ **I B1**

TAVI o recambio quirúrgico en estenosis aórtica grave e IC **Revisada**

2021: IIa B

→ **I B1**

Reparación mitral borde a borde en ICfEr con insuficiencia mitral secundaria grave persistente pese a TMF optimizado y TRC si está indicada, si cumple criterios (estudio RESHAPE-HF2²⁷) **Revisada**

Comorbilidades no cardiovasculares: ferropenia, apnea del sueño y esfera psicosocial

Tablas de recomendaciones 19 a 22 de la guía ESC 2026¹

Ferropenia

Definición de los estudios (una de las dos)

<100 ng/mL

ferritina

100-299 ng/mL

ferritina, con IST <20%

La guía apoya definirla por **IST <20%**, con más sensibilidad y especificidad. IST: índice de saturación de transferrina.

I B1

Hierro intravenoso en ICFeR sintomática con ferropenia, para aliviar síntomas y mejorar la calidad de vida

Ila B1

Hierro intravenoso en ICFeR sintomática con ferropenia, para reducir hospitalizaciones por IC

Apnea del sueño

Ilb C

Servoventilación adaptativa (estudio ADVENT-HF²⁸) en ICFeR con apnea obstructiva predominante **Nueva**

III A

Servoventilación adaptativa en ICFeR con apnea central predominante

Esfera psicosocial y fármacos

Ila C

Valorar ansiedad, depresión y fragilidad para personalizar el plan de cuidados **Nueva**

III B2

No se recomiendan

AINE

Inhibidores de la COX-2

Elaboración propia.

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

28. Bradley TD, Logan AG, Lorenzi Filho G, Kimoff RJ, Durán Cantolla J, Arzt M, et al. Adaptive servo-ventilation for sleep-disordered breathing in patients with heart failure with reduced ejection fraction (ADVENT-HF): a multicentre, multinational, parallel-group, open-label, phase 3 randomised controlled trial. Lancet Respir Med. 2024;12(2):153-66. doi:10.1016/S2213-2600(23)00374-0. PMID: 38142697.

Atención multidisciplinar, rehabilitación, telemonitorización y paliativos

Tablas de recomendaciones 23 a 26 de la guía ESC 2026¹; comparación con la guía de 2021²

Programa y seguimiento	Rehabilitación y ejercicio		IC avanzada: paliativos
I B1 Programa multidisciplinar de IC En pacientes con IC.	I B1 Ejercicio en rehabilitación cardiaca Ejercicio personalizado dentro de un programa de rehabilitación cardiaca. Nueva	I B1 Con asistencia ventricular Rehabilitación cardiaca en portadores de asistencia ventricular izquierda. Nueva	I B1 Planificación anticipada de cuidados En IC avanzada. Nueva
2021: IIb B → IIa B1 Presión arterial pulmonar a distancia Monitorización remota con NYHA III y hospitalización por IC en los 12 meses previos. Revisada	I B2 Ejercicio a largo plazo Ejercicio personalizado a largo plazo fuera de la rehabilitación cardiaca. Nueva	IIa B1 En IC descompensada Rehabilitación cardiaca en cuanto sea seguro. Nueva	I B2 Cuidados paliativos Acceso a un equipo multidisciplinar integrado de cuidados paliativos en IC avanzada. Nueva

Elaboración propia.

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368. PMID: 34447992.

Situaciones específicas: amiloidosis por transtiretina y embarazo

Tablas de recomendaciones 27 y 28 de la guía ESC 2026¹; comparación con la guía de 2021²

Amiloidosis cardiaca por transtiretina

I A

Silenciador de la TTR (vutrisirán) **o estabilizador** (tafamidis o acoramidis) en amiloidosis cardiaca por TTR, variante o de tipo salvaje, en NYHA I-III **Revisada**

2021: tafamidis en NYHA I-II, I B

Estudios ATTR-ACT, ATTRIBUTE-CM y HELIOS-B

ATTR-ACT²⁹ · tafamidis

0,70

HR de mortalidad total (IC 95%: 0,51-0,96): 29,5% frente a 42,9%

ATTRIBUTE-CM³⁰ · acoramidis

1,8

Razón de victorias del análisis jerárquico (IC 95%: 1,4-2,2)

HELIOS-B³¹ · vutrisirán

0,72

HR de muerte o eventos CV recurrentes (IC 95%: 0,56-0,93)

Embarazo

I C

Atención y consejo preconcepcional en pacientes con IC **Nueva**

I C

En la gestante con ICFeR, cambiar betabloqueantes no selectivos por beta-1 selectivos (metoprolol, bisoprolol), con vigilancia materna y fetal **Nueva**

III C

No se recomiendan durante el embarazo, por fetotoxicidad o teratogenia **Nueva**

IECA
ARA-II
ARNI
ARM
Ivabradina
iSGLT2

Elaboración propia.

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368. PMID: 34447992.

29. Maurer MS, Schwartz JH, Gundapaneni B, Elliott PM, Merlini G, Waddington-Cruz M, et al. Tafamidis treatment for patients with transthyretin amyloid cardiomyopathy. N Engl J Med. 2018;379(11):1007-16. doi:10.1056/NEJMoa1805689. PMID: 30145929.

30. Gillmore JD, Judge DP, Cappelli F, Fontana M, Garcia-Pavia P, Gibbs S, et al. Efficacy and safety of acoramidis in transthyretin amyloid cardiomyopathy. N Engl J Med. 2024;390(2):132-42. doi:10.1056/NEJMoa2305434. PMID: 38197816.

31. Fontana M, Berk JL, Gillmore JD, Witteles RM, Grogan M, Drachman B, et al. Vutrisiran in patients with transthyretin amyloidosis with cardiomyopathy. N Engl J Med. 2025;392(1):33-44. doi:10.1056/NEJMoa2409134. PMID: 39213194.

Mensajes clave

Guía ESC 2026 de insuficiencia cardiaca¹

- 1 Dos fenotipos: ICFEr (FEVI <50%) e ICFEp (FEVI ≥50%); desaparece la FEVI ligeramente reducida.
- 2 Estadios A-D: el riesgo de IC y la pre-IC tienen recomendaciones propias, como la PAS objetivo <130 mmHg (I A) o el betabloqueante con FEVI <50% en estadio B (I B1).
- 3 TMF: betabloqueante, IECA o ARNI (ARA-II), ARM e iSGLT2 en la ICFEr; ARM e iSGLT2 en la ICFEp. Titulación al menos cada 1-2 semanas y mantenimiento aunque mejore la FEVI (I C).
- 4 Nuevos niveles de evidencia A, B1, B2 y C: todas las recomendaciones se han regrado.
- 5 IC descompensada: iSGLT2 durante el ingreso (I B1), acetazolamida o hidroclorotiazida añadidas (IIa B1) y TMF optimizado antes del alta.
- 6 Suben de clase la reparación mitral borde a borde (I B1), los glucósidos cardiacos (IIa B1) y la asistencia ventricular duradera (I C); la TRC frente a estimulación del VD en el bloqueo AV pasa a IIa B1.
- 7 Nuevas: semaglutida o tirzepatida con FEVI ≥45% e IMC ≥30 (IIa B1), derivación precoz a un centro de IC avanzada (I A) y equipo de shock (I C).

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.

Referencias (1/2)

1. Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi:10.1093/eurheartj/ehag100. PMID: 42661420.
2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368. PMID: 34447992.
3. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2023;44(37):3627-39. doi:10.1093/eurheartj/ehad195. PMID: 37622666.
4. Jüni P, Antoniou S, Arbelo E, Buccheri S, Cikes M, da Costa BR, et al. 2024 Revision of the level of evidence grading system for ESC clinical practice guideline recommendations I: therapy and prevention. Eur Heart J. 2025;46(20):1885-94. doi:10.1093/eurheartj/ehaf009. PMID: 40116721.
5. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2022;145(18):e895-e1032. doi:10.1161/CIR.0000000000001063. PMID: 35363499.
6. Bayes-Genis A, Docherty KF, Petrie MC, Januzzi JL, Mueller C, Anderson L, et al. Practical algorithms for early diagnosis of heart failure and heart stress using NT-proBNP: a clinical consensus statement from the Heart Failure Association of the ESC. Eur J Heart Fail. 2023;25(11):1891-8. doi:10.1002/ejhf.3036. PMID: 37712339.
7. Jhund PS, Talebi A, Henderson AD, Claggett BL, Vaduganathan M, Desai AS, et al. Mineralocorticoid receptor antagonists in heart failure: an individual patient level meta-analysis. Lancet. 2024;404(10458):1119-31. doi:10.1016/S0140-6736(24)01733-1. PMID: 39232490.
8. Solomon SD, McMurray JJV, Vaduganathan M, Claggett B, Jhund PS, Desai AS, et al. Finerenone in heart failure with mildly reduced or preserved ejection fraction. N Engl J Med. 2024;391(16):1475-85. doi:10.1056/NEJMoa2407107. PMID: 39225278.
9. Mebazaa A, Davison B, Chioncel O, Cohen-Solal A, Diaz R, Filippatos G, et al. Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): a multinational, open-label, randomised, trial. Lancet. 2022;400(10367):1938-52. doi:10.1016/S0140-6736(22)02076-1. PMID: 36356631.
10. Halliday BP, Wassall R, Lota AS, Khalique Z, Gregson J, Newsome S, et al. Withdrawal of pharmacological treatment for heart failure in patients with recovered dilated cardiomyopathy (TRED-HF): an open-label, pilot, randomised trial. Lancet. 2019;393(10166):61-73. doi:10.1016/S0140-6736(18)32484-X. PMID: 30429050.
11. 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. PMID: 40879434.
12. Butler J, McMullan CJ, Anstrom KJ, Barash I, Bonaca MP, Borentain M, et al. Vericiguat in patients with chronic heart failure and reduced ejection fraction (VICTOR): a double-blind, placebo-controlled, randomised, phase 3 trial. Lancet. 2025;406(10510):1341-50. doi:10.1016/S0140-6736(25)01665-4. PMID: 40897189.
13. Armstrong PW, Pieske B, Anstrom KJ, Ezekowitz J, Hernandez AF, Butler J, et al. Vericiguat in patients with heart failure and reduced ejection fraction. N Engl J Med. 2020;382(20):1883-93. doi:10.1056/NEJMoa1915928. PMID: 32222134.
14. Packer M, Zile MR, Kramer CM, Baum SJ, Litwin SE, Menon V, et al. Tirzepatide for heart failure with preserved ejection fraction and obesity. N Engl J Med. 2025;392(5):427-37. doi:10.1056/NEJMoa2410027. PMID: 39555826.
15. Kosiborod MN, Abildstrøm SZ, Borlaug BA, Butler J, Rasmussen S, Davies M, et al. Semaglutide in patients with heart failure with preserved ejection fraction and obesity. N Engl J Med. 2023;389(12):1069-84. doi:10.1056/NEJMoa2306963. PMID: 37622681.
16. Kosiborod MN, Petrie MC, Borlaug BA, Butler J, Davies MJ, Hovingh GK, et al. Semaglutide in patients with obesity-related heart failure and type 2 diabetes. N Engl J Med. 2024;390(15):1394-407. doi:10.1056/NEJMoa2313917. PMID: 38587233.
17. Curtis AB, Worley SJ, Adamson PB, Chung ES, Niazi I, Sherfese L, et al. Biventricular pacing for atrioventricular block and systolic dysfunction. N Engl J Med. 2013;368(17):1585-93. doi:10.1056/NEJMoa1210356. PMID: 23614585.

Referencias (2/2)

18. Merkely B, Hatala R, Wranicz JK, Duray G, Földesi C, Som Z, et al. Upgrade of right ventricular pacing to cardiac resynchronization therapy in heart failure: a randomized trial. *Eur Heart J.* 2023;44(40):4259-69. doi:10.1093/eurheartj/ehad591. PMID: 37632437.
19. Mullens W, Dauw J, Martens P, Verbrugge FH, Nijst P, Meekers E, et al. Acetazolamide in acute decompensated heart failure with volume overload. *N Engl J Med.* 2022;387(13):1185-95. doi:10.1056/NEJMoa2203094. PMID: 36027559.
20. Trullàs JC, Morales-Rull JL, Casado J, Carrera-Izquierdo M, Sánchez-Marteles M, Conde-Martel A, et al. Combining loop with thiazide diuretics for decompensated heart failure: the CLOROTIC trial. *Eur Heart J.* 2023;44(5):411-21. doi:10.1093/eurheartj/ehac689. PMID: 36423214.
21. Ter Maaten JM, Beldhuis IE, van der Meer P, Krikken JA, Postmus D, Coster JE, et al. Natriuresis-guided diuretic therapy in acute heart failure: a pragmatic randomized trial. *Nat Med.* 2023;29(10):2625-32. doi:10.1038/s41591-023-02532-z. PMID: 37640861.
22. Voors AA, Angermann CE, Teerlink JR, Collins SP, Kosiborod M, Biegus J, et al. The SGLT2 inhibitor empagliflozin in patients hospitalized for acute heart failure: a multinational randomized trial. *Nat Med.* 2022;28(3):568-74. doi:10.1038/s41591-021-01659-1. PMID: 35228754.
23. Møller JE, Engstrøm T, Jensen LO, Eiskjær H, Mangner N, Polzin A, et al. Microaxial flow pump or standard care in infarct-related cardiogenic shock. *N Engl J Med.* 2024;390(15):1382-93. doi:10.1056/NEJMoa2312572. PMID: 38587239.
24. Thiele H, Zeymer U, Akin I, Behnes M, Rassaf T, Mahabadi AA, et al. Extracorporeal life support in infarct-related cardiogenic shock. *N Engl J Med.* 2023;389(14):1286-97. doi:10.1056/NEJMoa2307227. PMID: 37634145.
25. Thiele H, Møller JE, Henriques JPS, Bogerd M, Seyfarth M, Burkhoff D, et al. Temporary mechanical circulatory support in infarct-related cardiogenic shock: an individual patient data meta-analysis of randomised trials with 6-month follow-up. *Lancet.* 2024;404(10457):1019-28. doi:10.1016/S0140-6736(24)01448-X. PMID: 39236726.
26. Brignole M, Pentimalli F, Palmisano P, Landolina M, Quartieri F, Occhetta E, et al. AV junction ablation and cardiac resynchronization for patients with permanent atrial fibrillation and narrow QRS: the APAF-CRT mortality trial. *Eur Heart J.* 2021;42(46):4731-9. doi:10.1093/eurheartj/ehab569. PMID: 34453840.
27. Anker SD, Friede T, von Bardeleben RS, Butler J, Khan MS, Diek M, et al. Transcatheter valve repair in heart failure with moderate to severe mitral regurgitation. *N Engl J Med.* 2024;391(19):1799-809. doi:10.1056/NEJMoa2314328. PMID: 39216092.
28. Bradley TD, Logan AG, Lorenzi Filho G, Kimoff RJ, Durán Cantolla J, Arzt M, et al. Adaptive servo-ventilation for sleep-disordered breathing in patients with heart failure with reduced ejection fraction (ADVENT-HF): a multicentre, multinational, parallel-group, open-label, phase 3 randomised controlled trial. *Lancet Respir Med.* 2024;12(2):153-66. doi:10.1016/S2213-2600(23)00374-0. PMID: 38142697.
29. Maurer MS, Schwartz JH, Gundapaneni B, Elliott PM, Merlini G, Waddington-Cruz M, et al. Tafamidis treatment for patients with transthyretin amyloid cardiomyopathy. *N Engl J Med.* 2018;379(11):1007-16. doi:10.1056/NEJMoa1805689. PMID: 30145929.
30. Gillmore JD, Judge DP, Cappelli F, Fontana M, Garcia-Pavia P, Gibbs S, et al. Efficacy and safety of acoramidis in transthyretin amyloid cardiomyopathy. *N Engl J Med.* 2024;390(2):132-42. doi:10.1056/NEJMoa2305434. PMID: 38197816.
31. Fontana M, Berk JL, Gillmore JD, Witteles RM, Grogan M, Drachman B, et al. Vutrisiran in patients with transthyretin amyloidosis with cardiomyopathy. *N Engl J Med.* 2025;392(1):33-44. doi:10.1056/NEJMoa2409134. PMID: 39213194.



¿Preguntas?

Gracias por la atención

Más material en el ESPACIO de insuficiencia cardiaca de CardioTeca: www.cardioteca.com/espacio-insuficiencia-cardiaca.html