CardioTeca.com
Actualidad y Formación Cardiovascular

KIT DE SESIÓN CLÍNICA · ESPACIO DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN

Guía ESC 2026 de rehabilitación cardiaca

A quién se le indica, cuándo se empieza, cómo se prescribe el ejercicio y cómo se consigue que el paciente llegue

PONENTE	CENTRO	FECHA	CONTENIDO
[Nombre y apellidos]	*[Servicio y hospital]*	*[Fecha de la sesión]*	**Comité Editorial de CardioTeca**

Conflictos de interés y de dónde sale este material

Conflictos de interés del ponente

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

Cómo leer la clase y el nivel en estas diapositivas

I A	Se recomienda, con nivel de evidencia A
IIa B1	Se debe considerar, con nivel de evidencia B1
IIb B2	Se puede considerar, con nivel de evidencia B2
III C	No se recomienda, con nivel de evidencia C

Qué es este material

- Lo ha preparado el Comité Editorial de CardioTeca a partir de la guía ESC 2026 de rehabilitación cardiaca, con la corrección que publicó la revista el 23 de octubre de 2026.
- Todas las tablas y esquemas son de elaboración propia: no se reproduce ninguna tabla ni figura de la guía.
- Cada diapositiva dice al pie de dónde sale. En sus notas lleva el apartado de la guía y los matices que no caben en pantalla.
- Se puede editar y adaptar para tu sesión. La lista completa de referencias está en la última diapositiva.
- Este material no tiene patrocinador.

Elaboración propia a partir de la guía ESC 2026 de rehabilitación cardiaca y de su corrección [1,2].

CardioTeca.com
Actualidad y Formación Cardiovascular

La primera guía ESC de rehabilitación cardiaca reúne 131 recomendaciones y 5 tienen nivel de evidencia A

131
recomendaciones

30
tablas

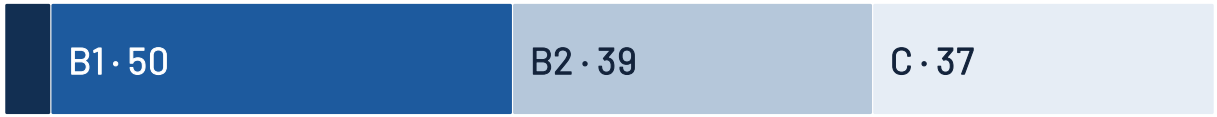
675
referencias

Por clase de recomendación



Se recomienda, se debe considerar, se puede considerar y no se recomienda

Por nivel de evidencia



A · 5

La guía da clases altas cuando mejora la función física o la calidad de vida, aunque no poder enmascarar la intervención limite el nivel de evidencia.

Qué quiere decir cada nivel de evidencia

A — Datos concluyentes: al menos dos ensayos aleatorizados con potencia suficiente y sin sesgos importantes, con P<0,005 al combinarlos.

B1 — Datos que lo sugieren: al menos un ensayo aleatorizado con potencia suficiente y sin sesgos importantes, o un metaanálisis de ellos, con P<0,05.

B2 — Datos limitados: al menos dos estudios no aleatorizados con potencia y control de sesgos (P<0,005), o un metaanálisis de ensayos pequeños (P<0,05).

C — Datos preliminares: estudios no aleatorizados sin control de sesgos, un solo ensayo pequeño o consenso de expertos.

Guía ESC 2026, tablas 1 y 2 y apartado 4.2.2, con la corrección del 23/10/2026 [1,2]. Recuento propio de las 30 tablas de recomendaciones.

La rehabilitación tiene cuatro fases y esta guía se centra en la fase II

Fase 0	Fase I	Fase II	Fase III
Prehabilitación	Fase aguda	Fase posaguda	Largo plazo
Antes de una cirugía programada. La guía dice que hay pocos datos de si mejora los resultados.	Durante el ingreso: movilización en cuanto el paciente esté estable, educación desde el primer momento y derivación antes del alta.	Programa supervisado de al menos 24 sesiones, en el centro, en casa o combinado. Es de lo que trata esta guía.	Apoyo y promoción de la salud: autocuidado, revisiones con sus médicos y recursos de la comunidad, de por vida.

Si hay otro evento cardiovascular, se vuelve a la fase que corresponda

La guía se aplica a adultos con cardiopatía y a pacientes con cáncer durante o después de tratamientos cardiotóxicos. Deja fuera el ictus y la enfermedad vascular, como el aneurisma aórtico y la arteriopatía periférica, que remite a la guía ESC 2024 de esa enfermedad.

Guía ESC 2026, apartados 2.1, 2.2 y 12 y figura 1 [1]. Elaboración propia.

CardioTeca.com
Actualidad y Formación Cardiovascular

El ejercicio es uno de los once componentes de la rehabilitación cardiaca

Autocuidado, cambio de hábitos y educación

I B1

Está en el centro de todo lo demás. La guía pide llamarla rehabilitación cardiaca, sin añadir «basada en ejercicio»: el nombre ya lo incluye todo.

Entrenamiento físico	I A	Dejar de fumar	I A
Actividad física y menos tiempo sentado	I B1	Alimentación y composición corporal	I B1
Apoyo psicológico	I B1	Preguntar por la función sexual	I B2
Optimizar los fármacos	I C	Fragilidad y comorbilidad	I C
Vuelta al trabajo	IIa B2	Contaminación, ruido, luz y calor	IIa C

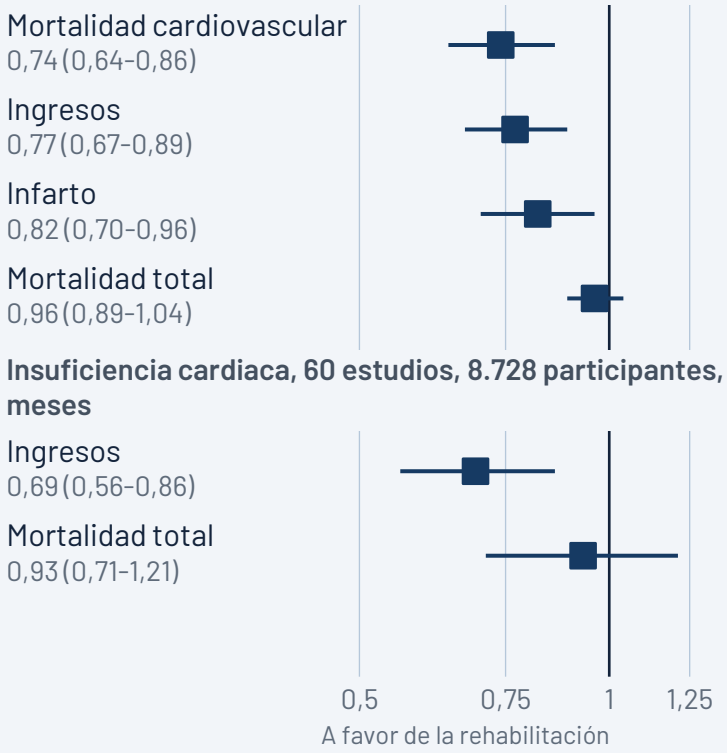
Guía ESC 2026, apartados 4.1 y 7 y figura 2 [1]. Elaboración propia. Cada componente tiene más recomendaciones; aquí va la de clase y nivel más altos.

En los síndromes coronarios reduce la mortalidad cardiovascular y el infarto; en la insuficiencia cardiaca, los ingresos

Paciente	Mortalidad cardiovascular	Infarto	Ingresos por cualquier causa	Función física	Calidad de vida
Tras un síndrome coronario agudo	I A	I A	I B1	I B1	I B1
Síndrome coronario crónico	I A	I A	I B1	I B1	I B1
Insuficiencia cardiaca crónica, HFrEF			I B1	I B1	I B1
Insuficiencia cardiaca, HFpEF			IIa B1	I B1	I B1
Descompensada, en cuanto sea seguro				IIa B1	IIa B1
Avanzada con asistencia ventricular				I B1	
Tras un trasplante cardiaco				I B1	

Qué hay detrás: riesgo relativo e IC 95%

Cardiopatía isquémica, 85 estudios, 23.430 participantes



Guía ESC 2026, tabla 5 [1]; Dibben GO, et al. Eur Heart J 2023 [3]; Molloy C, et al. Cochrane 2024 [4]. HFrEF y HFpEF son los términos de la guía; la mayoría de los datos proceden de FEVI <40%.

Las demás indicaciones van de la clase I en valvulopatías, congénitas y dispositivos a la IIb en las miocardiopatías

Situación	Clase y nivel	Qué mejora
Estenosis aórtica tras recambio quirúrgico o implante percutáneo	I B1	Función física y mental, calidad de vida
Cardiopatía congénita con baja capacidad o tras cirugía	I B1	Función física y calidad de vida
Portadores de desfibrilador o resincronizador	I B1	Función física
Fragilidad, si hay indicación de rehabilitación	I B2	Estado de fragilidad
Comorbilidad, si hay indicación de rehabilitación	I C	Resultados de salud de cada enfermedad
Fibrilación auricular	IIa B1	Síntomas, función física y calidad de vida
Fibrilación auricular tras ablación con radiofrecuencia	IIa B1	Función física y calidad de vida
Hipertensión arterial pulmonar con disfunción del ventrículo derecho	IIa B1	Función física y calidad de vida, presión pulmonar
Cáncer y supervivientes, sobre todo con riesgo alto de cardiotoxicidad	IIa B1	Función física, calidad de vida y perfil de riesgo
Tras cirugía valvular	IIb B2	Reingresos
Miocardiopatías primarias sin arritmias ni insuficiencia cardiaca sintomática	IIb C	Autocuidado, función física y mental, calidad de vida

Guía ESC 2026, tabla 5 y tablas de recomendaciones de los apartados 5.3 a 5.9 [1]. Elaboración propia. La guía no se ocupa del ictus ni de la arteriopatía periférica.

La única clase III de la guía: no se debe negar la rehabilitación por fragilidad o comorbilidad

III C

«No se recomienda privar de la rehabilitación cardiaca a los pacientes con indicación por su fragilidad o su comorbilidad.»

I B2

En el paciente frágil con indicación

Mejora su estado de fragilidad.

I C

En el paciente con comorbilidad

Se adapta a cada uno con un equipo multidisciplinar y se armoniza con los protocolos de EPOC, riñón, ictus, arteriopatía, cáncer o aparato locomotor.

IIa B2

Tratar la fragilidad en el programa

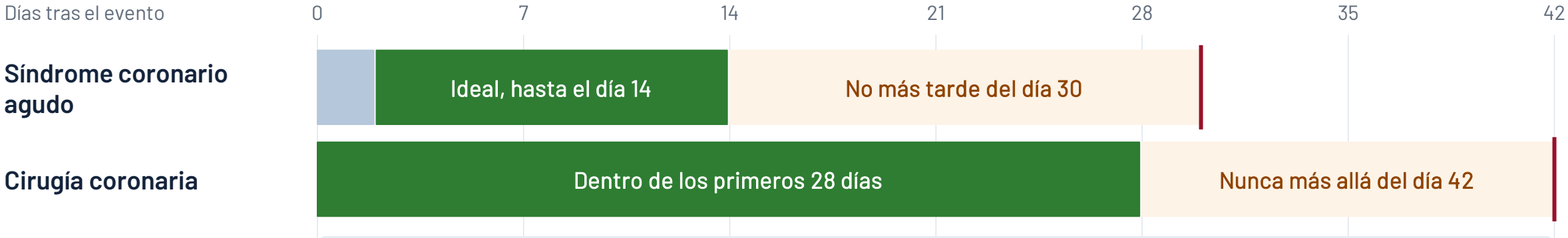
Fuerza, equilibrio y nutrición, con la seguridad y la función por delante de la intensidad.

Cómo se valora. Con la escala de Edmonton, la escala clínica de fragilidad (la guía cita la de 7 puntos; la versión revisada tiene 9) y la batería SPPB. Los datos apuntan a que beneficia más al paciente físicamente frágil, que es el que menos acude.

Guía ESC 2026, apartados 5.9, 7.1 y 7.10 y tablas de recomendaciones correspondientes [1]. Elaboración propia.

CardioTeca.com
Actualidad y Formación Cardiovascular

Tras un síndrome coronario agudo se empieza en los primeros 14 días; tras la cirugía coronaria, en los primeros 28



Insuficiencia cardiaca descompensada

Sin plazo en días: en cuanto haya descongestión y estabilidad hemodinámica, se considere factible el alta y esté iniciado el tratamiento recomendado por las guías. **IIa B2**

Gris, hasta 2 días tras el síndrome coronario agudo: la guía contraindica ahí la prueba de esfuerzo y el entrenamiento.

Empezar pronto, también sin ejercicio — I C

El consejo nutricional, el apoyo psicológico, dejar de fumar y el ajuste de fármacos no tienen que esperar a que el paciente pueda entrenar.

Tras una cirugía cardiotorácica — I B1

Ejercicio o movilización activa cuanto antes, si es posible en 4 semanas, para conservar o mejorar la capacidad.

Tras un infarto — IIa B2

Ejercicio precoz para mejorar el remodelado. Hay más beneficio si empieza en la primera semana y dura más de 3 meses.

Guía ESC 2026, apartados 4.4, 5.2 y 7.5, tabla 4 y tablas de recomendaciones de inicio precoz y de ejercicio [1]. Elaboración propia.

Antes de entrenar se revisan estas situaciones; los eventos graves relacionados con el ejercicio son poco frecuentes

Aumentan el riesgo con el ejercicio

- Más de 1,8 kg de aumento de peso en 1 a 3 días
- Caída de la presión sistólica con el ejercicio
- Clase funcional NYHA IV
- Arritmia ventricular compleja en reposo o con el esfuerzo
- Más de 100 lpm en reposo, tumbado
- Comorbilidad que limita la tolerancia al esfuerzo
- Estenosis coronaria crítica

Contraindican la prueba de esfuerzo y el entrenamiento

- Fase inicial tras un síndrome coronario agudo (hasta 2 días)
- Arritmias potencialmente mortales sin tratar
- Insuficiencia cardiaca descompensada, durante la inestabilidad hemodinámica inicial
- Hipertensión no controlada
- Bloqueo auriculoventricular avanzado
- Miocarditis y pericarditis agudas
- Estenosis aórtica sintomática
- Miocardiopatía hipertrófica con obstrucción grave
- Enfermedad sistémica aguda
- Trombo intracardiaco

Contraindican el entrenamiento

- Empeora la tolerancia al esfuerzo o la disnea de reposo en los 3 a 5 días previos
- Isquemia significativa con esfuerzo bajo (<2 METs, <50 W)
- Diabetes no controlada
- Embolia reciente
- Tromboflebitis
- Fibrilación o aleteo auricular de nueva aparición

1 por 53.770
pacientes-hora en sesiones supervisadas a distancia

1 por 11.333
pacientes-hora con interválico de alta intensidad en el centro

Ninguno
comunicado con entrenamiento continuo moderado en el centro

Son eventos graves por paciente-hora. Los estudios no tienen potencia para detectar diferencias en complicaciones raras entre el domicilio y el centro.

Guía ESC 2026, tabla 4 y apartado 4.4 [1]. Elaboración propia. Telemetría durante el ejercicio en pacientes seleccionados de riesgo alto, IIb C.

Antes de prescribir hay que conocer al paciente y lo que quiere conseguir

Antecedentes

Eventos, procedimientos, comorbilidad y síntomas. En la mujer, diabetes e hipertensión del embarazo, menopausia precoz, ovario poliquístico y endometriosis.

Salud cardiovascular

ECG de 12 derivaciones, ecocardiograma y analítica: lípidos, lipoproteína(a) si nunca se midió, glucosa, HbA1c, ácido úrico, función renal y orina.

Forma física

Ergoespirometría como patrón de referencia; si no hay, ergometría. Marcha de 6 minutos sin prueba graduada. Una repetición máxima para la fuerza.

Fragilidad y composición corporal

Escala de Edmonton, escala clínica de fragilidad y SPPB. Índice de masa corporal, cintura y, si se puede, bioimpedancia o DXA.

Hábitos

Actividad física con cuestionario, diario o acelerómetro. Dieta, tabaco, alcohol y sueño.

Factores psicosociales

Depresión y ansiedad con un cuestionario breve, función sexual, entorno social, educación y lo que el paciente espera del programa.

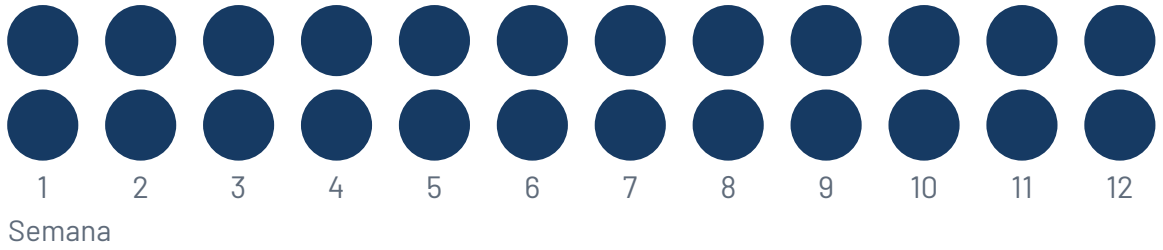
I C Medir en todos lo que refiere el paciente, física y mentalmente, con cuestionarios validados.

IIa C Usar el marco de la CIF para fijar objetivos con el paciente y valorar el resultado.

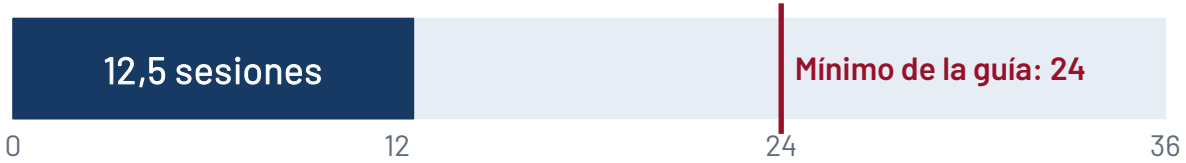
Guía ESC 2026, apartados 3, 4.2.3 y 7.1 y figura 8 [1]. Elaboración propia. CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento de la OMS.

El mínimo son 24 sesiones en 12 semanas y más sesiones se asocian a menos eventos

Dos sesiones por semana durante 12 semanas



En una cohorte con 36 sesiones prescritas, se acudió de media a 12,5



IC La guía pide gestionar los programas con estándares de calidad. Propone contar las sesiones a las que se acude, en número y porcentaje, y los programas completados.

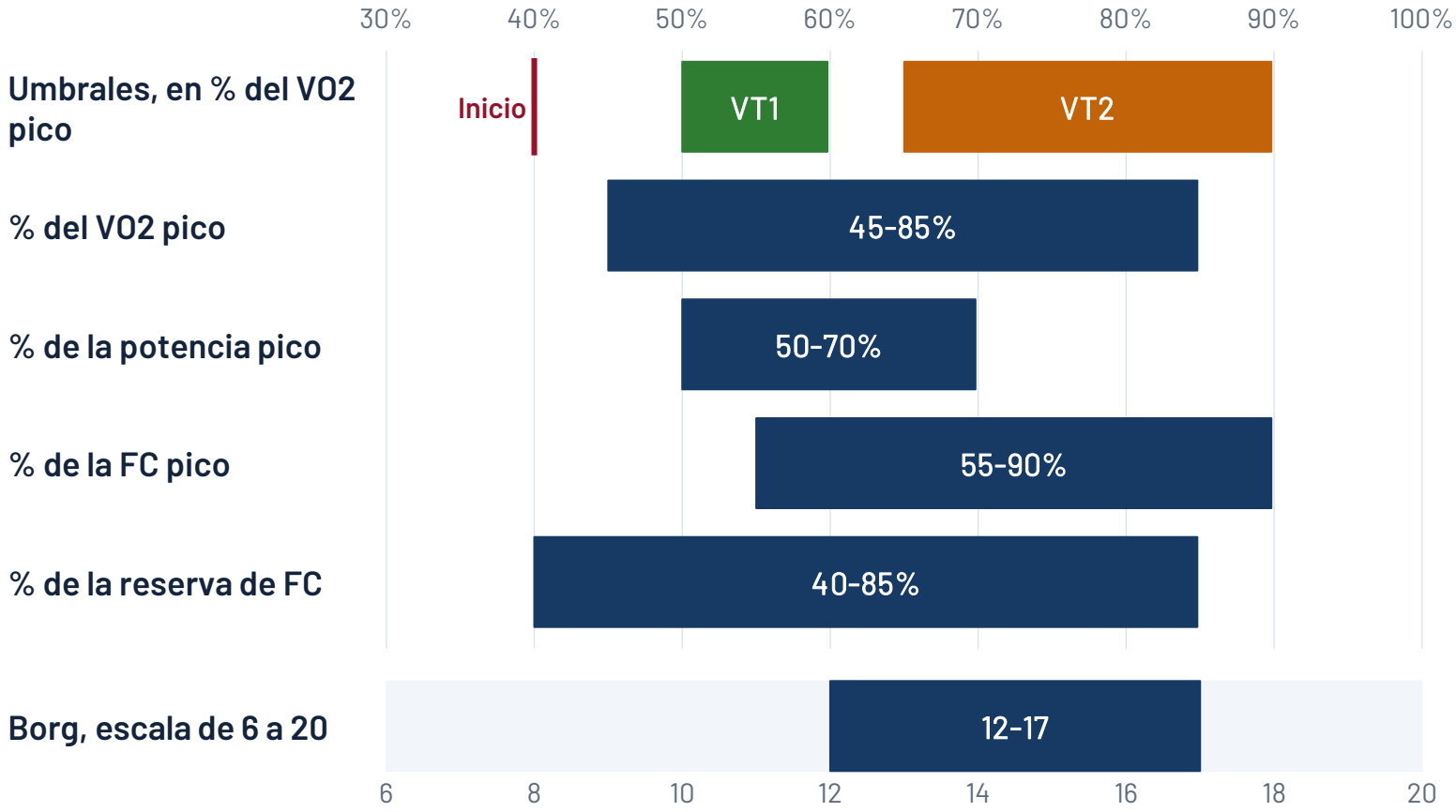
0,66 Cociente de riesgos de eventos mayores con 20 sesiones o más, frente a 1 o ninguna (IC 95% 0,55-0,91)

0,98 Por cada sesión adicional (IC 95% 0,97-0,99)

Sin techo No se encontró ni umbral mínimo ni meseta en la relación entre dosis y eventos

Guía ESC 2026, apartados 6 y 9.1 [1]; Medina-Inojosa JR, et al. J Am Heart Assoc 2021, cohorte de un solo centro con 2.345 pacientes coronarios [6].

La intensidad se fija con los umbrales ventilatorios y no con un porcentaje del pico



En azul, la intensidad moderada de la guía, que puede llegar a alta según el tipo de ejercicio.

Por qué no el porcentaje

Al mismo porcentaje del pico, el lactato, la FC y el VO2 varían mucho de un paciente a otro. Con el umbral, la respuesta es más homogénea.

Por qué no los METs

Se correlacionan mal con la respuesta real y para la mayoría de los pacientes 4 a 6 METs serían un esfuerzo supramáximo.

Cómo se empieza si hay riesgo

Con poca capacidad, descompensación reciente o riesgo alto, desde el 40% del VO2 pico. Se sube a VT1, el punto más seguro, y si lo tolera, se acerca a VT2.

Guía ESC 2026, apartado 7.5, tabla 8 y figura 13 [1]. Elaboración propia. VT1 y VT2: primer y segundo umbral ventilatorio. FC: frecuencia cardiaca.

Sin analizador de gases, los umbrales se estiman con dos ecuaciones a partir de la frecuencia de reposo y la pico

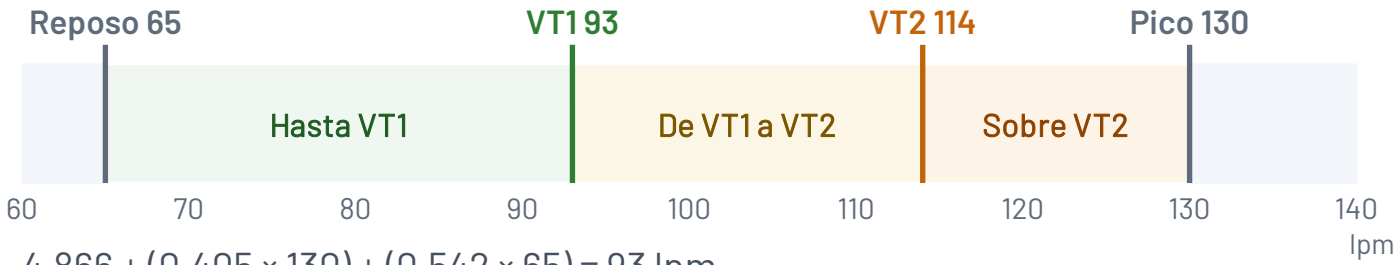
Primer umbral ventilatorio (VT1)

FC en VT1 = 4,866 + (0,405 × FC pico) + (0,542 × FC reposo)

Segundo umbral ventilatorio (VT2)

FC en VT2 = −2,606 + (0,773 × FC pico) + (0,254 × FC reposo)

Un ejemplo de cálculo con FC de reposo de 65 lpm y FC pico de 130 lpm



4,866 + (0,405 × 130) + (0,542 × 65) = 93 lpm
−2,606 + (0,773 × 130) + (0,254 × 65) = 114 lpm

Cómo se hace, en tres pasos

1. **Fijar la intensidad inicial**
   Con ergoespirometría si se puede y, si no, con la FC de reposo y la pico de una ergometría.

2. **Ajustar en las sesiones**
   Con la prueba del habla o la escala de Borg. En la fuerza, con la escala OMNI-RES.

3. **Revisar a intervalos regulares**
   Los umbrales cambian al mejorar la forma física.

De dónde salen

2.868 pacientes con enfermedad cardiometabólica de nueve países: 975 ergoespirometrías para derivarlas y 1.893 para validarlas. Explican el 77% y el 88% de la varianza, con un error absoluto medio del 7,1% y del 5,0%.

Guía ESC 2026, apartado 7.5 y figura 13 [1]; Milani JGPO, et al. Eur J Prev Cardiol 2024 [5]. El ejemplo es un cálculo, no un paciente real. lpm: latidos por minuto.

Esta es la prescripción de referencia tras un síndrome coronario y en la insuficiencia cardiaca crónica

	Tras un síndrome coronario agudo o crónico	Insuficiencia cardiaca crónica
Ejercicio de resistencia		
Frecuencia	≥3 y hasta 5 días por semana	Subir de 2-3 a 3-5 días por semana
Duración de la sesión	30-60 min	Subir de 15-30 a 45-60 min
Intensidad	Moderada y moderada a alta	Moderada y moderada a alta; baja en pacientes seleccionados
Gasto semanal	1.000-2.000 kcal	Más de 1.000 kcal
Ejercicio de fuerza		
Frecuencia	≥2 días por semana	≥2 días por semana
Series y repeticiones	≥2 series por grupo muscular grande, 12-15 repeticiones	Subir hasta ≥2 series por grupo muscular grande, 8-15 repeticiones
Intensidad	Miembro superior, 30-70% de una repetición máxima; miembro inferior, 40-80%	Subir hasta el 40-60% de una repetición máxima
Musculatura inspiratoria		
Frecuencia	Sin datos	3-5 veces por semana, hasta a diario
Duración de la sesión	Sin datos	20-30 min
Intensidad	Sin datos	Subir del 30% al 60% de la presión inspiratoria máxima

Guía ESC 2026, tabla 8 y apartado 7.5 [1]. Elaboración propia. Intensidad moderada: 45-85% del VO2 pico, 50-70% de la potencia pico, 55-90% de la FC pico, 40-85% de la reserva o Borg 12-17 sobre 20.

El ejercicio se ajusta al factor de riesgo que se quiere mejorar

Obesidad

250-420 min por semana

Hasta superar 2.000 kcal por semana. Con dieta hipocalórica, fuerza moderada para conservar músculo.

Diabetes tipo 2

≥5 días y ≥21 series

Cinco días o más de ejercicio y 21 series o más de fuerza a la semana, para bajar más la HbA1c.

Hipertensión

>30 min y ≥8 series

Sesiones de más de 30 min, fraccionables, al menos moderadas, con 8 series o más de fuerza.

Dislipemia

Aeróbico o combinado

Reducen el colesterol total y el LDL. Para el colesterol total, más días por semana.

Fragilidad

Fuerza y equilibrio

Fuerza en grandes grupos, al menos moderada, junto a la resistencia. Equilibrio para evitar caídas.

Capacidad aeróbica baja

Más de 460 kcal a la semana

En insuficiencia cardiaca, cada aumento de ese tamaño se asocia a 2,6 mL/kg/min más de VO2 pico a los 3-6 meses.

Fuerza baja

70-79% de una repetición máxima

Con 6 a 8 repeticiones por serie se consigue la mayor ganancia de fuerza.

Diabetes tipo 1

Resistencia más fuerza

Es lo que más reduce la HbA1c: 0,5% o más a partir de 160 MET-min por semana.

En la enfermedad cardiometabólica, andar más sin elegir la modalidad, por ejemplo con un contador de pasos, no basta para mejorar la mayoría de los factores de riesgo.

Guía ESC 2026, tabla 9 y apartado 7.5 [1], con datos que proceden solo de metaanálisis. Adaptar así la prescripción es IIa B2. HbA1c: hemoglobina glucosilada.

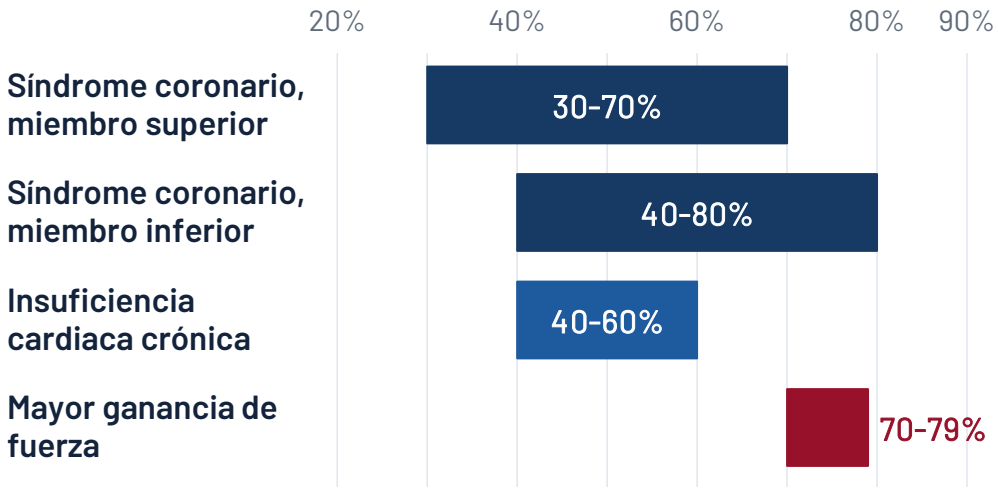
El interválico es clase IIb; añadir fuerza es clase I tras un síndrome coronario y su intensidad depende de la enfermedad

Interválico de alta intensidad

IIb B1 Tras un síndrome coronario, en el crónico y en la insuficiencia cardiaca crónica.

- Es más eficaz o más eficiente en tiempo que el continuo moderado para el VO2 pico.
- No se sabe qué protocolo es el mejor.
- No hay datos de seguridad sin supervisión.
- La guía lo deja para entornos supervisados y pacientes valorados por su médico.

Fuerza, en % de una repetición máxima



I B1 **Añadir fuerza a la resistencia tras un síndrome coronario agudo o crónico**

Los estudios no han confirmado que la fuerza intensa produzca más estrés cardiodinámico ni más eventos adversos. Con hipertensión no controlada o muy alta se mantiene la cautela y se hace con supervisión estrecha.

Musculatura inspiratoria

En insuficiencia cardiaca crónica mejora el VO2 pico por sí sola. Añadida a resistencia y fuerza, mejora la calidad de vida y la disnea.

Estimulación eléctrica

Para empezar en pacientes muy débiles, con precauciones en portadores de dispositivos.

Guía ESC 2026, apartado 7.5, tablas 8 y 9 y tabla de recomendaciones de ejercicio [1]. Elaboración propia.

CardioTeca.com
Actualidad y Formación Cardiovascular

El paciente olvida del 40% al 80% de lo que se le explica y la guía propone pedirle que lo repita con sus palabras

Información que se olvida de inmediato



Pedirle que lo explique con sus palabras

IIb C

1. **Explicar con claridad, por partes**
2. **Pedirle que lo explique con sus palabras**
3. **Comprobar que lo ha entendido**
4. **Aclarar y corregir con suavidad**
5. **Pedírselo otra vez**
6. **Cerrar y pasar a la parte siguiente**

Lo que recomienda la guía

I B1	Autocuidado con objetivos, autocontrol y apoyo: más actividad, calidad de vida y adherencia
I B1	Educación con objetivos concretos sobre la enfermedad y los factores de riesgo
I B2	Tener en cuenta y reforzar la alfabetización en salud, también la digital
IIa B2	Educación en coronarios y fibrilación auricular para reducir ansiedad y depresión
IIb B2	Psicoeducación en portadores de desfibrilador
IIb C	Pedirle que lo explique con sus palabras

Guía ESC 2026, apartado 7.2, figura 9 y tabla de recomendaciones de autocuidado, cambio de hábitos y educación [1]. Elaboración propia.

Las semanas de rehabilitación son el marco para ajustar el tratamiento: subir, bajar, mantener, retirar o empezar

Subir dosis 

Por ejemplo, el tratamiento recomendado en la insuficiencia cardiaca.

Bajar dosis 

Según la analítica, las constantes y los síntomas.

Mantener 

Con educación para que el paciente sepa por qué lo toma.

Retirar 

En el mayor polimedicado, conciliar y retirar lo que no hace falta.

Empezar 

Lo que falte y esté indicado, como un agonista de GLP-1 junto a la dieta y el ejercicio.

IC

Usar el programa como marco para optimizar el tratamiento recomendado, en todos los que tienen indicación.

IIa B1

Enseñar al paciente para qué es cada fármaco, en todos los que acuden.

31% de los pacientes de riesgo alto y muy alto llegaba al objetivo de colesterol LDL de la guía ESC/EAS 2019

Las mujeres reciben menos fármacos recomendados y llegan menos al objetivo de LDL

Guía ESC 2026, apartado 7.3 y figura 10 [1]; estudio STRONG-HF [11]. Elaboración propia. Las dosis de cada fármaco están en su ficha técnica.

El índice de masa corporal no detecta el exceso de grasa en alrededor de la mitad de quienes lo tienen

	Músculo bajo	Músculo normal
Exceso de grasa	**Obesidad sarcopénica** Más riesgo cardiovascular y de ictus. Reducir grasa conservando músculo.	**Obesidad** Programa integral de pérdida de peso, sin perder músculo.
Sin exceso	**Sarcopenia** Más energía y proteínas, y fuerza a mayor intensidad.	**Composición normal** Dieta cardiosaludable, sin grandes déficits calóricos.

Pueden darse con cualquier índice de masa corporal.

I B1	Consejo nutricional adaptado, en todos
I B1	Dieta mediterránea o baja en grasa
I B1	Programa integral de pérdida de peso, con dieta, ejercicio y conducta
I C	Medidas para no perder músculo al adelgazar
IIa A	Agonista de GLP-1 con IMC ≥27 kg/m^2 y riesgo alto o enfermedad aterosclerótica establecida, o con obesidad
IIa B2	Cirugía bariátrica tras el programa con IMC ≥35 kg/m^2
IIa B2	Cribar desnutrición, sarcopenia y obesidad sarcopénica
IIa C	Valorar la composición corporal en todos

25-39%
del peso perdido con agonistas de GLP-1 fue masa magra

Hasta 50%
los dejó en el primer año, en una gran base de datos

Guía ESC 2026, apartado 7.6, figura 15 y tabla de recomendaciones de nutrición y composición corporal [1]. Elaboración propia.

Dos de las cuatro recomendaciones de clase I y nivel A son de tabaco

I A	**Intervención para dejar de fumar como parte del programa**
I A	**Fármacos: nicotina, vareniclina, bupropión o citisiniclina**
I B1	Consejo conductual estructurado, individual o en grupo
I B1	Programa completo con consejo, fármacos y apoyo continuado
I C	Educación adaptada a sus factores de riesgo y comorbilidades
IIa B2	Redes de apoyo y seguimiento después del programa
IIb B2	Intervención psicosocial en enfermedad coronaria, a largo plazo
IIb C	Cigarrillo electrónico como ayuda, limitado y sin fumar a la vez

−36%

de riesgo relativo de muerte al dejarlo, con enfermedad coronaria

≥1 mes

es lo que debe durar la intervención

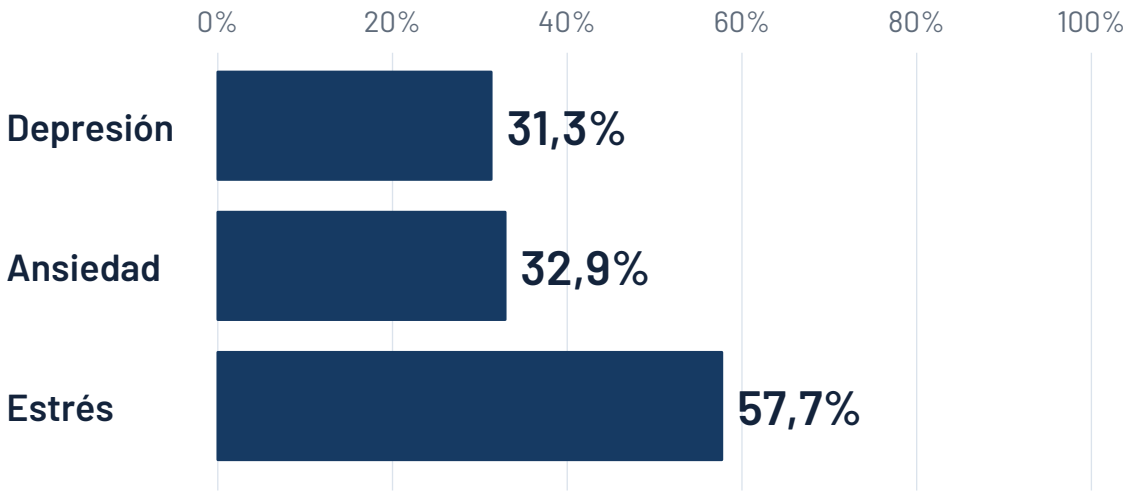
El alcohol, sin recomendación propia

La guía recuerda el límite de la guía ESC 2021: 100 g de alcohol puro a la semana como máximo. La presión sube de forma lineal con el consumo, sin umbral seguro. Añade que la relación con la enfermedad cardiovascular es compleja y que los datos observacionales tienen sesgos.

Guía ESC 2026, apartados 7.6.2 y 7.7, figura 17 y tabla de recomendaciones de deshabituación tabáquica [1]. Elaboración propia. Las pautas de cada fármaco están en su ficha técnica.

Alrededor de uno de cada tres pacientes tiene depresión o ansiedad y cribarlas es clase I

Prevalencia en pacientes con cardiopatía



I C **Primero, cribar**

Con una herramienta breve y validada como PHQ-2 o PHQ-9, GAD-2 o GAD-7, HADS, CES-D o CDI-SF, para orientar la derivación y el tratamiento.

Después, cada paciente con lo suyo

I B1	**Terapia cognitivo-conductual**	Coronarios, insuficiencia cardiaca y desfibrilador
I B1	**Intervenciones psicológicas**	Coronarios e insuficiencia cardiaca
IIa B1	**Telemonitorización y programas por ordenador o móvil**	Coronarios e insuficiencia cardiaca
IIa B2	**Atención plena**	Coronarios: depresión, ansiedad, estrés y presión arterial
IIa B2	**Asesoramiento psicológico**	Coronarios: facilita volver antes al trabajo
IIa B2	**Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina**	Cardiopatía isquémica con depresión mayor moderada o grave

Guía ESC 2026, apartado 7.8, figura 18 y tabla de recomendaciones de manejo psicosocial [1]. Elaboración propia. Prevalencias de un metaanálisis de pacientes con cardiopatía.

La sexualidad, el trabajo y el entorno también entran en la rehabilitación

Sexualidad

62,6%

con disfunción sexual, según estimación global

- I B2 — Cribar la función sexual, en hombres y mujeres
- IIa B2 — Rehabilitación sexual si hay disfunción
- IIa C — Consejo sexual dentro del programa

Sildenafilo, en general seguro con cardiopatía estable. La contraindicación con nitratos sigue vigente: está en las referencias que cita la guía y en la ficha técnica.

Trabajo

66% y 58%

vuelven al trabajo con el programa y sin él (metaanálisis)

- IIa B2 — Asesoramiento y ejercicio combinados
- IIa B2 — Asesoramiento psicológico en coronarios

Las cifras son peores en los trabajos físicamente exigentes. El ejercicio debería llegar a las tareas reales del trabajo.

Entorno

Cuatro riesgos

contaminación, ruido, luz artificial por la noche y clima extremo

- IIa C — Valorar y aconsejar en todos

Evitar el ejercicio en días y zonas de mucha contaminación y tráfico. Aislar el ruido. Oscurecer la habitación y reducir las pantallas antes de dormir. Con calor, hidratarse y evitar las horas centrales.

Guía ESC 2026, apartados 7.9, 7.11 y 7.12 [1]; nitratos, Cheitlin MD, et al. Circulation 1999 [12] y Herrmann HC, et al. N Engl J Med 2000 [13]. Elaboración propia.

El centro tiene clase I, la telerrehabilitación y la híbrida IIa, y el domicilio sin apoyo digital IIb

En el centro
Todo presencial, en el hospital o en la comunidad. **I B1**

Ingresado
Riesgo alto o inestabilidad: complicaciones graves, insuficiencia cardiaca avanzada, trasplante reciente. **I C**

Telerrehabilitación
En casa, con telemedicina y tecnología digital, síncrona o asíncrona. **IIa B1**

Híbrida
Combina centro y casa. Puede incluir a pacientes de más riesgo que la telerrehabilitación. **IIa B1**

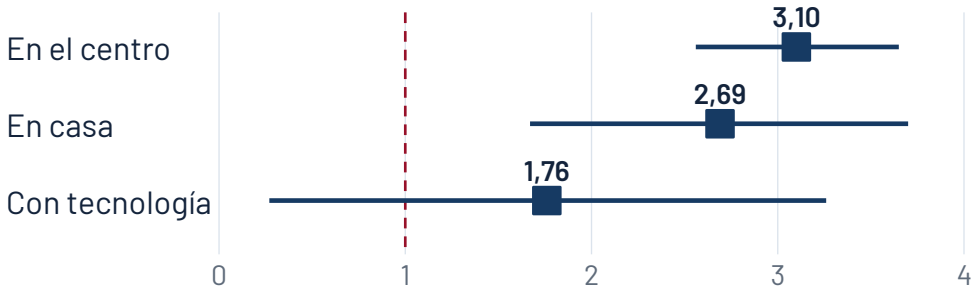
En casa, sin apoyo digital
Teléfono, visitas y material de autocuidado, si el riesgo no es alto. **IIb B1**

La valoración inicial, la estratificación del riesgo y el cribado previo al ejercicio se hacen en persona, en el centro.

Qué se ha medido en insuficiencia cardiaca

Metaanálisis en red: 139 estudios y 18.670 participantes

Mejora del VO2 pico frente a la atención habitual, mL/kg/min



Línea de puntos: la diferencia mínima importante, 1 mL/kg/min.
La híbrida mejoró la marcha de 6 minutos (84,78 m), no el VO2 pico.

Solo el centro redujo los ingresos por insuficiencia cardiaca (OR 0,41; 0,17-0,76) y la mortalidad relacionada con ella (OR 0,42; 0,16-0,90).

Los autores advierten de que hay pocos estudios de las modalidades digitales y de que la falta de efecto puede ser falta de potencia.

Guía ESC 2026, apartado 9, figura 22 y su tabla de recomendaciones [1]; Tegegne TK, et al. Open Heart 2022, media e intervalo de credibilidad del 95% [7].

La tecnología tiene clases distintas según para qué se use

Consulta a distancia con telemonitorización en insuficiencia cardiaca	Menos mortalidad cardiovascular e ingresos a corto plazo	I B1
Consulta a distancia para todos los pacientes del programa	Más inscripción, adherencia y programas terminados	IIa B2
Relojes y sensores de ECG, actividad, saturación y presión, esta solo con manguito	Para alcanzar mejor los objetivos del programa	IIa B1
Aplicaciones del móvil para vigilarse uno mismo	Para alcanzar mejor los objetivos del programa	IIa B1
Ayudas digitales para decidir, en pacientes y en profesionales	Más conocimiento y prescripciones más acordes con la guía	IIa B1
Datos de marcapasos, desfibriladores y resincronizadores	Para evaluar y ajustar durante el programa	IIa C
Puntuaciones de insuficiencia cardiaca, asistencia ventricular y sensor pulmonar	Para ajustar el manejo durante el programa	IIb C
Inteligencia artificial	Detección precoz, ayuda a decidir y educación del paciente	IIb C

Guía ESC 2026, apartado 8, figura 21 y tablas de recomendaciones de telemedicina, aplicaciones y dispositivos [1]. Elaboración propia.

En Europa hay una plaza por cada siete pacientes y la derivación automática con conversación sube la inscripción del 29,0% al 73,5%

Plazas de rehabilitación en Europa

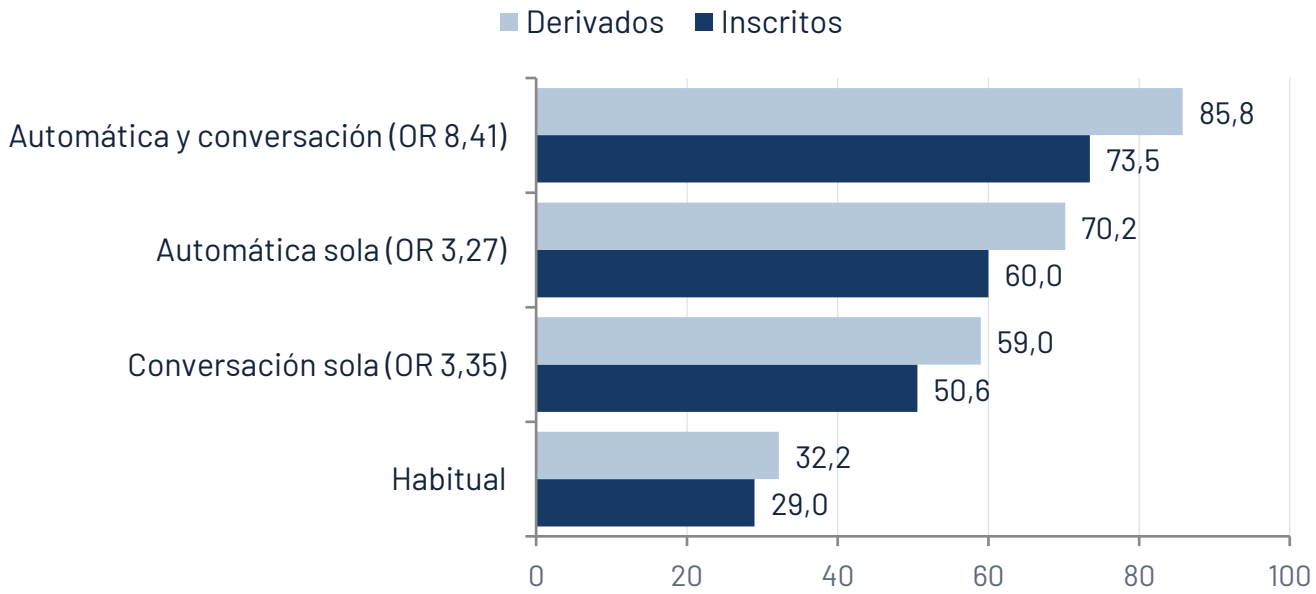


1 de cada 7

pacientes con cardiopatía isquémica tiene plaza

3.449.460	plazas de déficit al año
9-50%	de quienes tienen indicación participa
Alrededor del 40%	de los programas no tiene financiación de la seguridad social

Derivados e inscritos según cómo se deriva, %



I B2
Que el médico responsable recomiende el programa

I B2
Derivación automática con una conversación

I B2
Invitar siempre a la primera valoración

Guía ESC 2026, apartado 10 [1]; Abreu A, et al. Eur J Prev Cardiol 2019 [8]; Grace SL, et al. Arch Intern Med 2011, estudio controlado, 2.635 pacientes, 11 hospitales de Ontario [9].

Las mujeres, los mayores y los jóvenes participan menos, y cada grupo necesita algo distinto

Mujeres

IIa B1

Se las deriva menos. Las frenan la distancia, el transporte, las responsabilidades familiares y la ansiedad o la depresión.

Qué ayuda

- Avisar pronto y derivar de forma automática
- Horarios flexibles y ayuda para el cuidado de los hijos
- Sesiones a distancia y apoyo psicológico

Mayores

Se supone, sin datos, que se benefician menos. Los frenan la movilidad, el transporte y la falta de cuidador.

Qué ayuda

- Intensidad baja a moderada y progresión lenta
- Fuerza y equilibrio, con más proteínas
- En casa o híbrida, supervisada, y sesiones en grupo

Jóvenes, menos de 55 años

Piensan que el programa es para gente mayor. Los frenan el trabajo, los estudios y la familia.

Qué ayuda

- Horarios flexibles y herramientas digitales
- Apoyo psicológico por el impacto en su vida
- Entrenar para las tareas de su trabajo

IIa C La guía propone para todos un programa centrado en el paciente, que combine lo presencial, lo virtual y lo remoto para mejorar la participación y la equidad.

Guía ESC 2026, apartados 10.4 y 11 y tabla 13 [1]. Elaboración propia.

Después del programa se sigue con autocuidado y revisiones, y la guía enumera además lo que aún no se sabe

Lo que pide la guía al acabar

Autocuidado
Reconocer las señales de alarma, tomar bien la medicación y vigilar los síntomas.

Herramientas digitales
Aplicaciones y relojes para seguir el progreso y recordar los objetivos.

Familia y comunidad
Implicar a la familia y usar recursos de la comunidad o a distancia.

Revisiones periódicas
Para reforzar los hábitos y resolver lo que vaya surgiendo.

Planificar con antelación
En la insuficiencia cardiaca crónica: qué importa más y quién decidiría.

Lo que la guía dice que no se sabe

La pregunta	Lo que falta
¿Cómo se mantiene lo ganado?	Por qué se abandona y si sirven el refuerzo, el apoyo de otros pacientes y lo digital
¿Qué modalidad, a largo plazo?	Comparar centro, casa e híbrida con seguimiento largo
¿Qué ejercicio exacto?	Protocolo de interválico, tipo de fuerza y seguridad con presión muy alta
¿Sirve la prehabilitación?	Si mejora la experiencia y los resultados en la práctica
¿Cómo no perder músculo?	Cómo evitarlo al adelgazar y cómo adaptar la nutrición
¿Quién no entró en los estudios?	Mujeres, mayores de 80 años y pacientes con varias comorbilidades
¿Qué cuesta y qué equipo funciona?	Coste actual e indicadores de calidad válidos

Guía ESC 2026, apartados 7.5 y 12 y tabla 14 [1]. Elaboración propia. La guía no fija un calendario de revisiones para la fase III.

CardioTeca.com
Actualidad y Formación Cardiovascular

Siete mensajes de la guía ESC 2026

1. **La rehabilitación tiene clase I tras un síndrome coronario y en la insuficiencia cardiaca**
   Con nivel A para mortalidad cardiovascular e infarto en los coronarios.

2. **No se niega por fragilidad ni por comorbilidad**
   Es la única clase III de sus 131 recomendaciones.

3. **Tiene plazos**
   Hasta 14 días tras un síndrome coronario agudo y no más de 30; 28 tras la cirugía coronaria y no más de 42.

4. **La intensidad se fija con los umbrales**
   Sin analizador de gases, con dos ecuaciones. El ejercicio se ajusta además al factor de riesgo.

5. **Son once componentes y al menos 24 sesiones**
   Dejar de fumar, apoyo psicológico, nutrición y ajuste de fármacos no tienen que esperar al ejercicio.

6. **El centro es clase I; la telerrehabilitación y la híbrida, IIa**
   La valoración inicial se hace en persona. El domicilio sin apoyo digital es IIb.

7. **Solo participa entre el 9% y el 50% de quienes tienen indicación**
   La derivación automática con conversación sube la inscripción del 29,0% al 73,5%.

¿Preguntas?

[Nombre del ponente · correo de contacto]
Gracias por la atención

Guía ESC 2026, con la corrección del 23/10/2026 [1,2]. Más material en www.cardioteca.com/espacio-prevencion-rehabilitacion.html

Referencias

1. Bäck M, Wilhelm M, Marcin T, Machado FVC, Sandberg A, Buccheri S, et al. 2026 ESC Guidelines on cardiac rehabilitation. Eur Heart J. 2026;47(39):5631-5729. doi:10.1093/eurheartj/ehag099. PMID: 42661418.

2. Correction to: 2026 ESC Guidelines on cardiac rehabilitation. Eur Heart J. 2026:ehag887. doi:10.1093/eurheartj/ehag887. PMID: 42921976.

3. Dibben GO, Faulkner J, Oldridge N, Rees K, Thompson DR, Zwisler AD, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: a meta-analysis. Eur Heart J. 2023;44(6):452-469. doi:10.1093/eurheartj/ehac747. PMID: 36746187.

4. Molloy C, Long L, Mordi IR, Bridges C, Sagar VA, Davies EJ, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heart failure. Cochrane Database Syst Rev. 2024;3(3):CD003331. doi:10.1002/14651858.CD003331.pub6. PMID: 38451843.

5. Milani JGPO, Milani M, Machado FVC, Wilhelm M, Marcin T, D'Ascenzi F, et al. Accurate prediction equations for ventilatory thresholds in cardiometabolic disease when gas exchange analysis is unavailable: development and validation. Eur J Prev Cardiol. 2024;31(16):1914-1924. doi:10.1093/eurjpc/zwae149. PMID: 38636093.

6. Medina-Inojosa JR, Grace SL, Supervia M, Stokin G, Bonikowske AR, Thomas R, et al. Dose of cardiac rehabilitation to reduce mortality and morbidity: a population-based study. J Am Heart Assoc. 2021;10(20):e021356. doi:10.1161/JAHA.120.021356. PMID: 34612055.

7. Tegegne TK, Rawstorn JC, Nourse RA, Kibret KT, Ahmed KY, Maddison R. Effects of exercise-based cardiac rehabilitation delivery modes on exercise capacity and health-related quality of life in heart failure: a systematic review and network meta-analysis. Open Heart. 2022;9(1):e001949. doi:10.1136/openhrt-2021-001949. PMID: 35680170.

8. Abreu A, Pesah E, Supervia M, Turk-Adawi K, Bjarnason-Wehrens B, Lopez-Jimenez F, et al. Cardiac rehabilitation availability and delivery in Europe: how does it differ by region and compare with other high-income countries? Eur J Prev Cardiol. 2019;26(11):1131-1146. doi:10.1177/2047487319827453. PMID: 30782007.

9. Grace SL, Russell KL, Reid RD, Oh P, Anand S, Rush J, et al. Effect of cardiac rehabilitation referral strategies on utilization rates: a prospective, controlled study. Arch Intern Med. 2011;171(3):235-241. doi:10.1001/archinternmed.2010.501. PMID: 21325114.

10. Kitzman DW, Whellan DJ, Duncan P, Pastva AM, Mentz RJ, Reeves GR, et al. Physical rehabilitation for older patients hospitalized for heart failure. N Engl J Med. 2021;385(3):203-216. doi:10.1056/NEJMoa2026141. PMID: 33999544.

11. 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):1938-1952. doi:10.1016/S0140-6736(22)02076-1. PMID: 36356631.

12. Cheitlin MD, Hutter AM Jr, Brindis RG, Ganz P, Kaul S, Russell RO Jr, et al. Use of sildenafil [...] in patients with cardiovascular disease. Circulation. 1999;99(1):168-177. doi:10.1161/01.cir.99.1.168. PMID: 9884398.

13. Herrmann HC, Chang G, Klugherz BD, Mahoney PD. Hemodynamic effects of sildenafil in men with severe coronary artery disease. N Engl J Med. 2000;342(22):1622-1626. doi:10.1056/NEJM200006013422201. PMID: 10833207.