

Insuficiencia cardíaca

Se ha publicado la [Guía ESC 2026 para el manejo de la insuficiencia cardíaca](#) (IC), que actualiza la versión de 2021. Entre otros cambios, el documento elimina la categoría de IC con fracción de eyección ligeramente reducida y reclasifica la IC en dos fenotipos según la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI): IC con fracción de eyección reducida (IC-FEr), con FEVI <50%, e IC con fracción de eyección preservada (IC-FEp), con FEVI ≥50%. También se ha adoptado la clasificación de la IC en estadios A-D, desde las personas con factores de riesgo de IC hasta la IC avanzada.

Entre las principales novedades farmacológicas destacan:

Nuevas recomendaciones

Prevención de la insuficiencia cardíaca:

- En pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y al menos otro factor de riesgo cardiovascular, se debería considerar un **agonista del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP-1)** para reducir el riesgo de IC o muerte cardiovascular.
- Para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte, en pacientes con IC en estadio B y FEVI ≤40%, se recomienda un **inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)** o, en caso de intolerancia, un **antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARA-II)**. Cuando la FEVI sea <50%, se recomienda un **betabloqueante**.
- Tras un infarto de miocardio, se recomienda **eplerenona** si la FEVI es ≤40% y existen signos de IC o diabetes.

Tratamiento de la insuficiencia cardíaca:

- Se recomienda aumentar las dosis del **tratamiento farmacológico de base (TFB)** al menos cada 1–2 semanas, guiándose por los síntomas, las constantes vitales y los resultados analíticos, hasta alcanzar las dosis objetivo que han demostrado eficacia en los ensayos clínicos y mantenerse a las dosis máximas toleradas, aunque el paciente quede asintomático o mejore la FEVI, para reducir el riesgo de hospitalización por IC o muerte.
- La retirada gradual del TFB puede considerarse, atendiendo a las preferencias del paciente, solo en casos muy seleccionados, asintomáticos y con normalización completa de la función y el volumen del ventrículo izquierdo y de las concentraciones de péptidos natriuréticos, tras el tratamiento específico de una causa reversible y con controles clínicos, analíticos y de imagen frecuentes.
- En pacientes con IC-FEp sintomática, puede considerarse un **IECA**, un **ARA-II** o un **inhibidor de la neprilisina y del receptor de la angiotensina (INRA)** para reducir el riesgo de hospitalización por IC.
- En pacientes con IC sintomática, FEVI ≥45% e índice de masa corporal (IMC) ≥30 kg/m², se debería considerar **semaglutida** o **tirzepatida**, con independencia de la presencia de

diabetes, para reducir el peso corporal y mejorar la capacidad de ejercicio y la calidad de vida.

- En embarazadas con IC-FEr, se recomienda sustituir los **betabloqueantes no selectivos** por **betabloqueantes selectivos β_1** (**metoprolol** o **bisoprolol**), con estrecha vigilancia materna y fetal, para reducir el riesgo de acontecimientos adversos fetales y de bajo peso al nacer. Durante el embarazo no se recomiendan **IECA**, **ARA-II**, **INRA**, **antagonistas del receptor mineralocorticoide (ARM)**, **ivabradina** ni **inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2)**, debido al riesgo de fetotoxicidad o teratogenicidad.

Recomendaciones modificadas

- Se recomienda un **ARM** (esteroideo en la IC-FEr y esteroideo o no esteroideo en la IC-FEp) en pacientes con IC sintomática, independientemente de la FEVI, para reducir el riesgo de hospitalización por IC o muerte cardiovascular.
- Otras recomendaciones se refieren al uso de **digoxina** y **vericiguat** en la IC-FEr sintomática, así como al empleo de **betabloqueantes** como tratamiento de primera línea para el control de la frecuencia cardíaca a corto y largo plazo en pacientes estables con IC-FEr y fibrilación auricular.