Insuficiencia cardiaca: clasificación, diagnóstico, tratamiento con dosis, descompensación y comorbilidades

Basada en la guía ESC 2026 de insuficiencia cardiaca, la segunda definición universal de insuficiencia cardiaca (AHA/ACC/ESC/WHF 2026), las revisiones de JAMA sobre fracción reducida (2020) y preservada (2023), el ensayo STRONG-HF y el consenso ESC–EUSEM 2026 de insuficiencia cardiaca aguda en urgencias. Referencias completas al final.

Versión 1.1 · Revisado el 27 de octubre de 2026 (agrega IC aguda en urgencias) · Equipo editorial de Medicina en Resumen · Cada cifra y cada dosis verificadas contra la fuente original

1–3 %
de los adultos tiene insuficiencia cardiaca (ESC 2026)

35–44 %
se rehospitaliza en el año siguiente a una descompensación (ESC 2026)

1 %
de los elegibles recibe a la vez la dosis meta de los 3 fármacos clásicos (JAMA 2020)

LO QUE TIENES QUE SABER

- La ESC 2026 **eliminó la fracción "ligeramente reducida"**: ahora es reducida (FEVI <50 %) o preservada (≥50 %).
- **Gliflozina y antagonista mineralocorticoide (ARM) para todos** los sintomáticos, sin importar la FEVI (I A).
- En fracción reducida, **cuatro pilares**: betabloqueador, IECA o sacubitril-valsartán, ARM e iSGLT2; pueden iniciarse juntos, sin orden preferido.
- Titula **cada 1–2 semanas** hasta la dosis de los ensayos (I C); un descenso leve del filtrado no es motivo para suspender.
- Tras una hospitalización, **titulación rápida y visitas frecuentes en 6 semanas** (I B2, STRONG-HF).
- Si la FEVI mejora, **no suspendas**: es remisión, no curación.
- En urgencias, **no retires** betabloqueador ni inhibidores del SRA al descompensado: duplica la mortalidad a 30 días (consenso ESC–EUSEM 2026).

1 Definición y clasificación

Síndrome clínico con síntomas o signos causados por una alteración estructural o funcional del corazón que eleva las presiones intracardiacas o reduce el gasto, en reposo o en ejercicio, con evidencia objetiva de congestión y pruebas de apoyo. Quien no tiene síntomas no "tiene" insuficiencia cardiaca: está en riesgo (estadio A) o en pre-insuficiencia (estadio B).

FENOTIPO (ESC 2026)	CRITERIOS
Fracción reducida	Síntomas o signos + FEVI **<50 %**. Los péptidos elevados apoyan fuertemente el diagnóstico.
Fracción preservada	Síntomas o signos + FEVI **≥50 %** (sin FEVI previa <50 %) + evidencia objetiva de disfunción diastólica o presiones de llenado altas, apoyada por péptidos elevados.
FEVI mejorada	Aumento absoluto de ≥10 puntos y por arriba de 40 %. Mejor pronóstico, pero se mantiene el tratamiento.

Estadios: A, en riesgo; B, pre-insuficiencia (sin síntomas, con alteración estructural o funcional); C, síntomas actuales o previos; D, avanzada. La ESC 2026 también cambia "insuficiencia cardiaca aguda" por **"descompensada"**.

1 Definición y clasificación
2 Diagnóstico
3 Prevención y estadio B
4 Tratamiento crónico
5 Dosis y vigilancia
6 Dispositivos: DAI y TRC
7 Insuficiencia cardiaca descompensada
7b IC aguda en urgencias
8 Comorbilidades
9 Errores frecuentes
10 Preguntas tipo examen · Referencias

2 Diagnóstico

A todo paciente con sospecha (I C): péptidos natriuréticos, ECG de 12 derivaciones, radiografía de tórax, ecocardiograma transtorácico y laboratorios para comorbilidades (biometría, filtrado y cociente albúmina/creatinina, electrolitos, función hepática y tiroidea, HbA1c, lípidos, **saturación de transferrina y ferritina**).

NT-proBNP: insuficiencia cardiaca "probable" (ambulatorio)	
<50 años	≥125 pg/mL
50–75 años	≥250 pg/mL
>75 años	≥500 pg/mL
>2000 pg/mL: ecocardiograma idealmente en <2 semanas (doble riesgo de hospitalización temprana).	

En la descompensación	
Descarta	NT-proBNP <300 · BNP <100 · MR-proANP <120
Probable	>450 (<50 a) · >900 (50–74) · >1800 (>74)
Muy alto riesgo	>5000 pg/mL: en general, hospitalizar

Interpretar el péptido: la obesidad lo baja (cuidado con los cortes en obesos); la edad y la enfermedad renal lo suben. Más de 75 % de los sanos >80 años supera 125 pg/mL: por eso los cortes por edad.

INTERPRETACIÓN En fracción preservada, un péptido "normal" no la descarta: si la sospecha persiste, ecocardiograma y especialista.

Ecocardiograma que apoya fracción preservada	
Hipertrofia	Masa ≥95 g/m² (mujer) o ≥115 (hombre), o grosor relativo >0.42
Aurícula izquierda	>34 mL/m² en ritmo sinusal; >40 en FA
Llenado	E/e' >9 en reposo (≥15, más específico)
Presión pulmonar	PSAP >35 mmHg o velocidad de IT >2.8 m/s

3 Prevención y estadio B

Recomendación (ESC 2026)	Clase
Control estricto de la presión (sistólica <130) en hipertensión o estadio B	**I A**
iSGLT2 en diabetes tipo 2 con riesgo de insuficiencia cardiaca (ECV establecida o múltiples factores) o con ERC	**I A**
Finerenona en diabetes tipo 2 con ERC	**I A**
Estadio B con FEVI ≤40 %: IECA (o ARA-II si no lo tolera)	**I A**
Estadio B con FEVI <50 %: betabloqueador	**I B1**
Postinfarto con FEVI ≤40 % y signos de insuficiencia cardiaca o diabetes: eplerenona	**I B1**

Nivel de evidencia nuevo en la ESC 2026: **A**, concluyente (≥2 ECA adecuados); **B1**, sugerente (≥1 ECA adecuado o su metaanálisis); **B2**, limitada (estudios no aleatorizados controlados o metaanálisis de ECA pequeños); **C**, preliminar o consenso.

4 Tratamiento crónico

La ESC 2026 renombra la terapia: **fundamental** (clase I en la población general con beneficio en morbimortalidad), **adicional** (IIa/IIb, o clase I solo en subgrupos o solo para síntomas) e **intervencionista guiada por guías** (dispositivos).

Todos los sintomáticos, cualquier FEVI (fundamental, I A)
iSGLT2 (dapagliflozina o empagliflozina) + ARM · diurético de asa si hay congestión (I A)

Fracción reducida (FEVI <50 %)
+ betabloqueador (I A)
+ IECA o sacubitril-valsartán (I A)
cambiar IECA/ARA-II a ARNI (I B1); ARA-II si no tolera (I A)
ARM esteroideo: espironolactona o eplerenona

Fracción preservada (FEVI ≥50 %)
ARM esteroideo o finerenona
IECA/ARA-II/ARNI: pueden considerarse (IIb C)
FEVI ≥45 % + IMC ≥30: semaglutida o tirzepatida (IIa B1)

Adicional en fracción reducida, con fundamental óptima
digoxina o digitoxina (IIa B1) · ivabradina (IIa B1) · hidralazina + dinitrato de isosorbida (IIa B2 / IIb C) · vericiguat (IIb B1)

Esquema elaborado por Medicina en Resumen con las recomendaciones de la guía ESC 2026. No reproduce figuras de la guía.

RECOMENDACIÓN CLAVE (ESC 2026)	CLASE
Titular la terapia fundamental al menos cada 1–2 semanas, guiado por síntomas, signos vitales y laboratorio, hasta las dosis de los ensayos	**I C**
Mantener la terapia a la dosis más alta tolerada aunque el paciente quede asintomático o mejore la FEVI	**I C**
Ivabradina: FEVI ≤35 %, ritmo sinusal, FC en reposo >70 lpm, con betabloqueador al máximo tolerado (o si no lo tolera: IIa C)	**IIa B1**
Hidralazina + dinitrato: pacientes que se autoidentifican como negros con FEVI ≤40 % (IIa B2) o intolerantes a IECA/ARNI/ARA-II (IIb C)	**IIa B2**
Vericiguat: FEVI <45 % pese a terapia óptima	**IIb B1**
Retiro gradual solo en casos muy seleccionados: asintomático, normalización completa de función, volúmenes y péptidos tras corregir una causa reversible	**IIb C**

Sin orden preferido: no hay evidencia que favorezca una secuencia; la terapia fundamental puede iniciarse junta en cuanto se diagnostica la fracción reducida. En fracción preservada, el beneficio de iSGLT2 y ARM sobre el desenlace combinado viene de menos hospitalizaciones; la reducción de mortalidad solo se demostró en fracción reducida.

5 Dosis y vigilancia

FÁRMACO	DOSIS INICIAL	DOSIS META
IECA · ARNI · ARA-II		
Enalapril	2.5 mg c/12 h	10–20 mg c/12 h
Lisinopril	2.5–5 mg c/24 h	20–35 mg c/24 h
Ramipril	1.25–2.5 mg c/12 h	5 mg c/12 h
Captopril*	6.25 mg c/8 h	50 mg c/8 h
Sacubitril-valsartán	49/51 mg c/12 h (opción 24/26)	97/103 mg c/12 h
Candesartán	4 mg c/24 h	32 mg c/24 h
Losartán	(12.5) 25–50 mg c/24 h	150 mg c/24 h
Valsartán	40 mg c/12 h	160 mg c/12 h
Betabloqueadores		
Bisoprolol	1.25 mg c/24 h	10 mg c/24 h
Carvedilol	3.125 mg c/12 h	25 mg c/12 h (50 mg c/12 h si >85 kg)
Metoprolol succinato	12.5–25 mg c/24 h	200 mg c/24 h
Nebivolol†	1.25 mg c/24 h	10 mg c/24 h

ARM e iSGLT2		
Espironolactona	12.5–25 mg c/24 h	50 mg c/24 h
Eplerenona	25 mg c/24 h	50 mg c/24 h
Finerenona	10 mg (TFGe ≤60) o 20 mg (>60) c/24 h	20 mg (TFGe ≤60) o 40 mg (>60) c/24 h
Dapagliflozina / empagliflozina	10 mg c/24 h	10 mg c/24 h
Terapia adicional		
Ivabradina	5 mg c/12 h	7.5 mg c/12 h
Vericiguat	2.5 mg c/24 h	10 mg c/24 h
Digoxina	62.5 µg c/24 h	250 µg c/24 h (por niveles; meta <1.2 ng/mL)
Digitoxina	0.07 mg c/24 h	0.1 mg c/24 h (por niveles)
Hidralazina / dinitrato de isosorbida	37.5 / 20 mg c/8 h	75 / 40 mg c/8 h

Dosis de la tabla 11 de la ESC 2026 (ensayos clave). * Meta derivada de ensayos posinfarto. † Sin reducción demostrada de muerte en insuficiencia cardiaca. Sacubitril-valsartán puede iniciarse en 24/26 mg c/12 h con hipotensión sintomática previa, sin IECA previo o con TFGe 30–60. La espironolactona puede iniciarse en 12.5 mg si el riñón o el potasio obligan a cautela. Diuréticos de asa: dosis dinámica e individual según la volemia, la menor que mantenga la euvolemia (I A).

ANTES DE INICIAR Y AL TITULAR

IECA o ARNI con cautela si PAS <100, TFGe <30 o K >5.2. **Lavado de 36 h** entre IECA y sacubitril-valsartán (angioedema). **ARM:** no probados con TFGe <25; cautela con K ≥5.0. **Betabloqueador:** iniciar en euvolemia; en el descompensado, ya estabilizado. Si la terapia se suspendió <14 días, en general puede reiniciarse a la dosis previa.

CUÁNDO BAJAR Y CUÁNDO NO

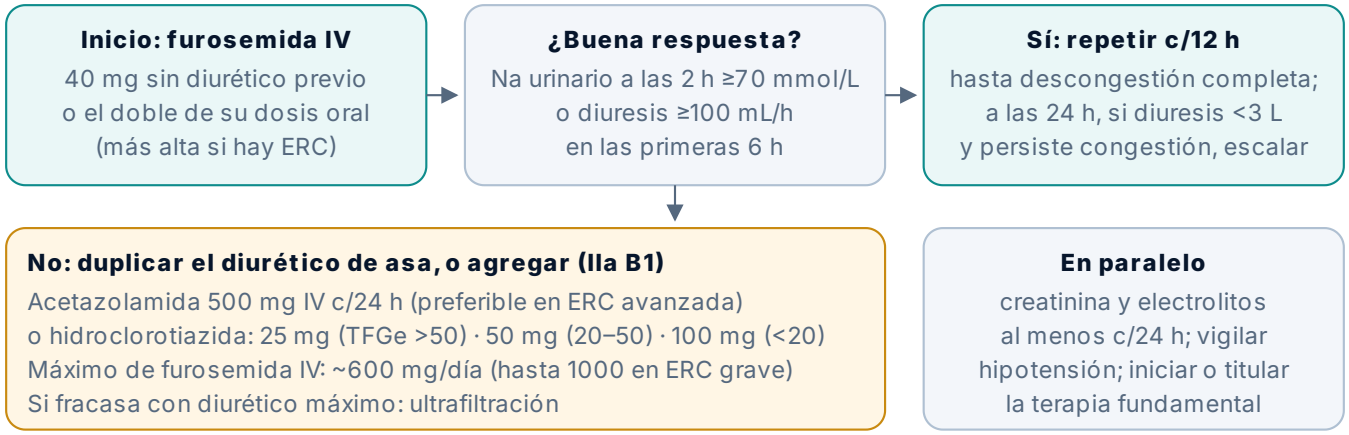
No reducir por: descenso leve y esperado del filtrado, hipotensión asintomática o tolerable (revisar primero el diurético), o infección intercurrente sin compromiso hemodinámico. **Sí**: K >5.5 (o >6) → bajar o suspender temporalmente ARM y/o IECA/ARNI/ARA-II, tras repetir el potasio; lesión renal aguda con TFGe <15; inestabilidad hemodinámica grave.

6 Dispositivos: DAI y TRC

INDICACIÓN (ESC 2026)	CLASE
DAI secundario: tras arritmia ventricular con inestabilidad, sin causa reversible y no en las 48 h posinfarto, con supervivencia esperada >1 año	**I A**
DAI primario, isquémica: NYHA II–III, FEVI ≤35 % pese a ≥3 meses de terapia fundamental óptima (no en los 40 días posinfarto)	**I B1**
DAI primario, no isquémica: mismas condiciones	**IIa B1**
DAI primario en los primeros 40 días posinfarto	**III B1**
TRC: FEVI ≤35 %, ritmo sinusal, BRIHH con QRS ≥150 ms pese a terapia óptima	**I A**
TRC: no BRIHH con QRS ≥150 (IIa C) · BRIHH con QRS 130–149 (IIa C) · no BRIHH con QRS 130–149 (IIb C)	**IIa / IIb**
TRC en lugar de estimulación de VD si hay bloqueo AV de alto grado, sin importar NYHA ni QRS	**IIa B1**
TRC con QRS <130 ms sin indicación de marcapasos	**III A**

7 Insuficiencia cardiaca descompensada

Cuatro presentaciones: **izquierda descompensada** (congestión gradual, la más común), **derecha descompensada** (descartar TEP e infarto de VD), **edema agudo pulmonar** y **choque cardiogénico**. Congestión e hipoperfusión son los dos ejes; hipoperfusión no es sinónimo de hipotensión (el lactato ayuda).



Esquema elaborado por Medicina en Resumen con el algoritmo de descongestión y sus notas en la guía ESC 2026. No reproduce figuras de la guía.

RECOMENDACIÓN (ESC 2026)	CLASE
Diurético de asa IV en todo descompensado con sobrecarga de volumen	**I A**
Oxígeno si SpO_2 <90 % o PaO_2 <60 mmHg (no de rutina)	**I C**
Ventilación no invasiva con dificultad respiratoria (FR >25, SpO_2 <90 %)	**IIa B2**
Iniciar iSGLT2 en el hospital tras la estabilización inicial	**I B1**
Diurético guiado por sodio urinario en los primeros días	**IIb B1**
Vasodilatador IV inicial si PAS >110 mmHg	**IIb C**
Inotrópico si PAS <90 con hipoperfusión que no responde (incluido reto de líquidos)	**IIb C**
Vasopresor, de preferencia norepinefrina, en choque cardiogénico	**IIb C**
Opiáceos de rutina	**III C**
Antes del alta: evaluación cuidadosa de congestión residual	**I C**
Estrategia intensiva: iniciar y titular la terapia fundamental antes del alta y con visitas frecuentes en las primeras 6 semanas	**I B2**

DATO DEL ARTÍCULO **STRONG-HF** (Lancet 2022, n = 1,078): titular al 100 % de la dosis en las 2 semanas posteriores al alta, con 4 visitas en 2 meses, redujo rehospitalización por insuficiencia cardiaca o muerte a 180 días: 15.2 vs 23.3 % (RR 0.66; IC 95 % 0.50–0.86). Más eventos adversos (41 vs 29 %), con eventos graves similares (16 vs 17 %).
INTERPRETACIÓN La ESC señala sus límites: población muy seleccionada, grupo control subtratado y sin iSGLT2.

7b IC aguda en urgencias: lo que agrega el consenso ESC–EUSEM 2026

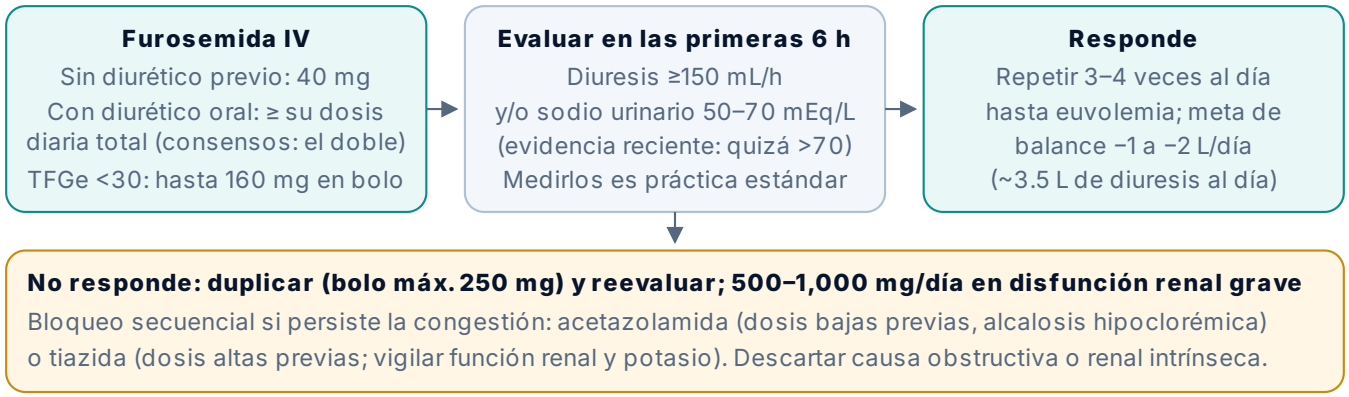
Consenso de las asociaciones de cuidados cardiovasculares agudos (ACVC) y de insuficiencia cardiaca (HFA) de la ESC con la Sociedad Europea de Medicina de Urgencias (EUSEM), escrito para urgencias y atención prehospitalaria. Se apoya sobre todo en registros observacionales. Hasta **60 %** llega en ambulancia y 65–85 % se hospitaliza; la mortalidad intrahospitalaria es de 5–10 %, el reingreso al mes de 10–20 % y la mortalidad al año de 20–30 %, con poco cambio en décadas.

CUATRO FENOTIPOS PARA DECIDIR DÓNDE Y CÓMO TRATAR	
Descompensada	Congestión progresiva, por lo general sin dificultad respiratoria grave ni hipoperfusión
Edema agudo pulmonar	Acumulación rápida de líquido en el pulmón, dificultad respiratoria grave e hipoxemia
Falla aislada de VD	Congestión venosa sistémica; los pulmones suelen estar limpios
Choque cardiogénico	Hipoperfusión persistente con disfunción orgánica, a menudo con hipotensión

A terapia intensiva o unidad coronaria de inmediato: disfunción multiorgánica, hipoperfusión aun sin hipotensión, PAS <90 persistente, falla respiratoria o necesidad de vasoactivos.

PÉPTIDO	DESCARTA	PROBABLE
NT-proBNP	<300 (ESC) · <125 (ACC/AHA)	>450 si <50 años · >900 si 50–75 · **>1,800 si >75**
BNP	<100 (ESC) · <35 (ACC/AHA)	>400; 100–400 es zona gris

En pg/mL. Con insuficiencia cardiaca previa, un aumento >25–30 % sobre su basal apoya la descompensación. Pueden salir bajos en el edema pulmonar súbito ("flash"), la obesidad, la insuficiencia cardiaca terminal y la derecha. Además: ECG (en <10 min si se sospecha síndrome coronario), troponina de alta sensibilidad, radiografía, ultrasonido pulmonar y ecocardiograma a pie de cama.



Esquema elaborado por Medicina en Resumen con el texto del consenso ESC–EUSEM 2026. No reproduce figuras del consenso. La ESC 2026 (sección 7) usa como respuesta sodio urinario ≥70 a las 2 h o diuresis ≥100 mL/h.

TEMA	QUÉ RECOMIENDA EL CONSENSO
Acetazolamida	ADVOR: 500 mg/día IV por 3 días, agregada desde el inicio, aceleró la descongestión y acortó la estancia, sin beneficio en mortalidad. La tiazida (CLOROTIC) aumentó la pérdida de líquido, con más deterioro renal e hipokalemia.
Vasodilatador IV	Congestión persistente con PAS >110, o edema pulmonar hipertensivo. En la forma hipertensiva: bajar la PAS **≤25 % en la primera hora** y a 130–140 en 6 h. Suspender si hay hipotensión sintomática o PAS <100; si baja >40 mmHg pero sigue >100 y persiste la congestión, reducir la dosis a la mitad.
Oxígeno y ventilación	Oxígeno solo con SpO_2 <90 % o PaO_2 <60, evitando la hiperoxia. Ventilación no invasiva temprana si FR >25 o SpO_2 <90 %.
Morfina	No de rutina: poco beneficio y se asocia a más mortalidad. Para ansiedad o agitación en el edema pulmonar grave, el midazolam parece más seguro: 1 mg IV en bolos, hasta 3 mg.
Tratamiento de base	**No suspenderlo:** retirar los inhibidores del SRA o el betabloqueador durante el episodio **duplica la mortalidad a 30 días**. Reducir o pausar solo con hipotensión sintomática, disfunción renal grave o hiperkalemia, y reiniciar antes del alta. Potasio idealmente >4 mmol/L.
Choque e inotrópicos	Norepinefrina como vasopresor preferido en el choque cardiogénico (no si la diastólica es >65). Inotrópico (dobutamina de primera línea) con PAS <90, bajo gasto y congestión; no mejora el pronóstico.
Otros	Tromboprofilaxis salvo que ya esté anticoagulado. Si se da de alta desde urgencias: revisión a la semana para congestión, tolerancia y titulación.

ESTRATIFICACIÓN: EHMRG Y MEESSI-AHF

Las dos escalas más validadas en urgencias, con estadístico c >0.80 y calculadoras gratuitas en línea. EHMRG predice mortalidad a 7 días y MEESSI-AHF a 30 días. El 40 % de menor riesgo tiene una mortalidad de 0.3 % (EHMRG) y <2 % (MEESSI-AHF): candidatos a alta. El 10 % de riesgo muy alto: 8.2 % y 45 %.

LO QUE LA ESCALA NO HACE

En COACH, el único ensayo con una estrategia guiada por riesgo, el beneficio vino sobre todo del seguimiento rápido tras el alta, no de la escala. Hospitaliza si persisten los síntomas, la descongestión es incompleta, empeora la función orgánica, hay inestabilidad o dudas sobre el apoyo en casa.

8 Comorbilidades que cambian decisiones

COMORBILIDAD	QUÉ HACER (ESC 2026)
Deficiencia de hierro	Definición preferida ahora: **saturación de transferrina <20 %** (la clásica era ferritina <100, o 100–299 con saturación <20 %). Hierro IV en fracción reducida sintomática para síntomas y calidad de vida (**I B1**) y para reducir hospitalización (**IIa B1**); el prealta es buen momento (AFFIRM-AHF).
Fibrilación auricular	Anticoagulación según CHA_2DS_2-VA (**I A**), con anticoagulantes directos sobre warfarina (**I B1**, salvo estenosis mitral moderada-grave o válvula mecánica). Frecuencia: betabloqueador de primera línea en fracción reducida estable (**I C**); digoxina si no basta (**IIa C**). Cardioversión urgente si hay inestabilidad (**I C**). Ablación en seleccionados (**IIa C**); ablación del nodo AV + TRC en FA permanente refractaria (**IIa B1**).
Diabetes	iSGLT2 en todos con insuficiencia cardiaca y diabetes tipo 2, sin importar la HbA1c. **Saxagliptina y glitazonas**: ~30 % más hospitalizaciones, contraindicadas.
ERC	30–40 % la tiene. La terapia fundamental funciona igual en términos relativos y el beneficio absoluto es mayor: iniciarla, titularla y mantenerla.
Obesidad	Semaglutida o tirzepatida si FEVI ≥45 % e IMC ≥30, con o sin diabetes (**IIa B1**); cirugía bariátrica con IMC ≥35 si fracasa lo demás (**IIb C**).
Otros	AINE e inhibidores de COX-2: no (**III B2**). Vacuna de influenza y neumococo (**IIa C**). Antagonistas de calcio no dihidropiridínicos: no en fracción reducida. No hay evidencia para restringir líquidos en la insuficiencia cardiaca crónica.
Programa y ejercicio	Programa multidisciplinario (**I B1**), educación y automanejo (**I A**), ejercicio personalizado en rehabilitación (**I B1**).

9 Errores frecuentes

ERROR	LO CORRECTO
Seguir usando "fracción ligeramente reducida" para decidir tratamiento	ESC 2026: FEVI <50 % es fracción reducida y recibe los cuatro pilares
Iniciar los fármacos uno por uno, con meses entre cada uno	Pueden iniciarse juntos; titular cada 1–2 semanas
Suspender IECA, ARNI, ARM o iSGLT2 por un descenso leve de la creatinina	Es esperado; suspender solo con lesión renal aguda (TFGe <15) o K >5.5–6
Suspender todo porque la FEVI se normalizó	Es remisión: mantener, salvo casos muy seleccionados (IIb C)
Iniciar betabloqueador en un paciente congestionado	Primero euvolemia
Descartar fracción preservada por un NT-proBNP "normal" en un obeso	La obesidad baja el péptido; ecocardiograma y especialista
Dar AINE para el dolor o glitazonas para la glucosa	AINE: III B2; saxagliptina y glitazonas: contraindicadas
Suspender betabloqueador o IECA/ARNI al llegar descompensado	Mantenerlos salvo hipotensión sintomática, disfunción renal grave o hiperkalemia (consenso ESC–EUSEM)
Morfina para la disnea del edema pulmonar	No de rutina; si hay ansiedad, midazolam 1 mg IV en bolos (máx. 3 mg)
Dar de alta con congestión residual y sin plan de titulación	Evaluar congestión (I C) y titular en las primeras 6 semanas (I B2)

10 Preguntas tipo examen

1. Paciente con disnea, edema y FEVI de 45 %. Según la ESC 2026, ¿cómo se clasifica?

A) Fracción ligeramente reducida · B) Fracción reducida · C) Fracción preservada

B. La ESC 2026 eliminó la categoría intermedia: FEVI <50 % es fracción reducida.

2. **Mujer de 68 años con disnea de esfuerzo. ¿Desde qué NT-proBNP es "probable" la insuficiencia cardiaca en el ámbito ambulatorio?**

A) ≥125 pg/mL · B) ≥250 pg/mL · C) ≥500 pg/mL

B. Entre 50 y 75 años, ≥250 pg/mL. Si pasa de 2000, ecocardiograma idealmente en <2 semanas.

3. **¿Qué fármacos tienen recomendación I A en todo paciente sintomático, sin importar la FEVI?**

A) Betabloqueador e IECA · B) iSGLT2 y ARM · C) ARNI y ivabradina

B. Dapagliflozina o empagliflozina y un ARM (esteroideo en fracción reducida; esteroideo o finerenona en preservada).

4. **Paciente con fracción reducida que toma enalapril 10 mg c/12 h. Vas a cambiar a sacubitril-valsartán. ¿Qué haces?**

A) Cambiar el mismo día · B) Suspender enalapril y esperar al menos 36 h · C) Usar ambos una semana

B. El lavado de 36 h reduce el riesgo de angioedema. Dosis inicial habitual: 49/51 mg c/12 h.

5. **Hombre de 92 kg con fracción reducida, tolera bien carvedilol 25 mg c/12 h. ¿Cuál es la dosis máxima posible?**

A) 25 mg c/12 h · B) 50 mg c/12 h · C) 100 mg c/24 h

B. Con peso >85 kg puede llegarse a 50 mg c/12 h.

6. **Paciente con fracción preservada y TFGe de 48. ¿Cuáles son la dosis inicial y la meta de finerenona?**

A) 10 mg → 20 mg · B) 20 mg → 40 mg · C) 40 mg desde el inicio

A. Con TFGe ≤60: inicio 10 mg y meta 20 mg; con >60: 20 → 40 mg.

7. **Tras iniciar la terapia fundamental, la creatinina sube 15 % y el potasio está en 5.1. ¿Qué haces?**

A) Suspender el ARM · B) Continuar y vigilar · C) Suspender todo

B. Un descenso leve del filtrado es esperado. Se baja o suspende el ARM con K >5.5 (tras repetirlo).

8. **Fracción reducida no isquémica, NYHA II, FEVI 33 % tras 3 meses de terapia óptima, QRS 110 ms. ¿Qué dispositivo y con qué clase?**

A) DAI, IIa B1 · B) TRC, I A · C) DAI, I A

A. DAI primario en no isquémica: IIa B1 (en isquémica, I B1). TRC no, porque el QRS es <130 ms (III A).

9. **Descompensado que toma furosemida 40 mg c/12 h oral. ¿Dosis IV inicial?**

A) 40 mg · B) 80 mg · C) 160 mg

C. El doble de la dosis oral diaria total (80 mg/día → 160 mg IV). Sin diurético previo, 40 mg.

10. **A las 2 horas de la primera dosis, el sodio urinario es de 45 mmol/L. ¿Siguiente paso?**

A) Repetir igual en 12 h · B) Duplicar el diurético de asa o agregar acetazolamida o tiazida · C) Iniciar inotrópico

B. Respuesta insuficiente (<70 mmol/L). Acetazolamida 500 mg IV o hidroclorotiazida ajustada al filtrado (IIa B1).

11. **Paciente con fracción reducida, ferritina 180 ng/mL y saturación de transferrina 15 %, sintomático. ¿Qué indica la ESC 2026?**

A) Hierro oral · B) Hierro IV · C) Nada: la ferritina es normal

B. La saturación <20 % define la deficiencia; hierro IV para síntomas y calidad de vida (I B1).

12. **Hombre de 80 años con disnea en urgencias y NT-proBNP de 1,200 pg/mL. Con los cortes por edad de la ESC que retoma el consenso:**

A) Insuficiencia cardiaca aguda probable · B) Zona intermedia: no alcanza el corte de probable para su edad · C) Descarta insuficiencia cardiaca

B. Descarta con <300; probable con >1,800 a partir de los 75 años. Entre ambos, decide la clínica y la imagen (ultrasonido pulmonar, ecocardiograma).

13. **Paciente con fracción reducida que toma bisoprolol y sacubitril-valsartán llega descompensado, con PA 128/76, K 4.6 y creatinina estable. ¿Qué haces con ellos?**

A) Suspender ambos mientras recibe diurético IV · B) Mantenerlos · C) Suspender solo el betabloqueador

B. Retirarlos duplica la mortalidad a 30 días. Solo se reducen con hipotensión sintomática, disfunción renal grave o hiperkalemia.

Referencias

1. Køber L, Adamo M, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026. doi:10.1093/eurheartj/ehag100
2. Walsh MN, Køber L, Sliwa K, et al. AHA/ACC/ESC/WHF Expert Consensus Document: Second Universal Definition of Heart Failure (2026). Circulation. 2026;154:e279–e293. doi:10.1161/CIR.0000000000001455
3. Murphy SP, Ibrahim NE, Januzzi JL. Heart failure with reduced ejection fraction: a review. JAMA. 2020;324:488–504. doi:10.1001/jama.2020.10262
4. Redfield MM, Borlaug BA. Heart failure with preserved ejection fraction: a review. JAMA. 2023;329:827–838. doi:10.1001/jama.2023.0675
5. Mebazaa A, 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;400:1938–1952. doi:10.1016/S0140-6736(22)02076-1
6. Miró Ò, Masip J, Chioncel O, et al. Acute heart failure in emergency settings: a clinical consensus statement of the Association for Acute CardioVascular Care and the Heart Failure Association of the ESC and the European Society for Emergency Medicine. Eur Heart J. 2026. doi:10.1093/eurheartj/ehag744

SOBRE ESTA GUÍA EN RESUMEN

Material educativo para profesionales de la salud y estudiantes de posgrado, elaborado con apoyo de inteligencia artificial y verificado contra las fuentes originales. Resume y compara recomendaciones; no sustituye la lectura de la guía ni el juicio clínico. Las dosis son las de los ensayos clave según la guía: revisa la ficha técnica y la disponibilidad local. Los esquemas y tablas se elaboraron con los datos publicados; no reproducen figuras de la guía.

Videos de la serie, fuentes completas y otras guías en resumen: **medicinaenresumen.com** · @medicina.en.resumen