

La insuficiencia cardiaca aguda en una imagen: de urgencias al alta

En la descompensación, lo primero es el perfil (congestión e hipoperfusión) y el riesgo; después, diurético intravenoso ajustado a la respuesta, vasodilatador si la presión lo permite y, en el shock, noradrenalina antes que dopamina y soporte mecánico solo en pacientes seleccionados (guía ESC 2026). Seis pasos, de urgencias al alta, con las fichas de los siete fármacos de la fase aguda.

1

Reconocer el perfil y el riesgo

Congestión, hipoperfusión o las dos; el desencadenante; el riesgo en urgencias

2

Descongestionar

Diurético de asa intravenoso desde el principio, respuesta medida en horas y refuerzo si no basta

3

Vasodilatar cuando la presión lo permite

Nitroglicerina y nitroprusiato en la descompensación con presión sistólica alta

4

Hipoperfusión y shock cardiogénico

Definirlo, estadiarlo y sostener la perfusión: inotrópicos y vasopresores

5

Soporte circulatorio mecánico y la insuficiencia cardiaca avanzada

Cuándo pensar en una bomba microaxial, ECMO o asistencia; lo que mide DanGer Shock

6

Antes del alta y en las seis semanas siguientes

Sin congestión al alta, tratamiento fundamental iniciado y subiendo; la primera visita, pronto

QUÉ PASA

La descompensación es casi siempre congestión (presiones de llenado altas y retención de líquidos) y, en una minoría de pacientes, hipoperfusión por bajo gasto; las dos pueden coincidir. La guía ESC 2026 describe cuatro presentaciones: insuficiencia cardiaca aguda descompensada, edema agudo de pulmón, insuficiencia ventricular derecha aislada y shock cardiogénico. Desde el primer momento se busca el desencadenante: síndrome coronario agudo, arritmia, infección, crisis hipertensiva, transgresión dietética o fármacos.

CÓMO SE VE EN URGENCIAS Y EN PLANTA

Disnea, ortopnea, edemas, ingurgitación yugular, crepitantes y ganancia de peso; en la hipoperfusión, frialdad, oliguria, confusión, presión arterial baja y lactato alto. NT-proBNP, ecocardiograma y ecografía pulmonar (líneas B); VExUS para la congestión venosa; la escala MEESI-AHF estima el riesgo a 30 días en urgencias.

DÓNDE ACTÚA EL TRATAMIENTO

Oxígeno y ventilación

oxígeno si la SpO2 es menor del 90% o la PaO2 menor de 60 mmHg **clase I, nivel C**; ventilación no invasiva, cuanto antes, si hay distrés respiratorio **clase IIa, nivel B2**

El desencadenante

el síndrome coronario agudo, la arritmia o la infección se tratan a la vez que la congestión

El riesgo

MEESI-AHF en urgencias; estadios SCAI en cuanto hay hipoperfusión

QUÉ PASA

La guía recomienda el diurético de asa intravenoso en todos los ingresados por sobrecarga de volumen **clase I, nivel A**. La respuesta se mide pronto: el tratamiento guiado por el sodio urinario puede considerarse los primeros días **clase IIb, nivel B1**. Si el paciente ya tomaba diuréticos de asa y sigue congestivo, debe considerarse añadir acetazolamida intravenosa a corto plazo o hidroclorotiazida oral **clase IIa, nivel B1**; la ultrafiltración solo puede considerarse si la congestión no responde a la escalada diurética **clase IIb, nivel C**. Los opiáceos de rutina no se recomiendan **clase III, nivel C**.

CÓMO SE VE EN URGENCIAS Y EN PLANTA

Peso y diuresis diarios, sodio urinario a las dos horas de la primera dosis, potasio y función renal cada día. Una subida moderada de la creatinina durante la descongestión, con el paciente mejorando, no obliga a parar el diurético: lo analiza el artículo enlazado en este módulo del ESPACIO.

DÓNDE ACTÚA EL TRATAMIENTO

Furosemida intravenosa

en bolos o en perfusión; de inicio, 40 mg si no tomaba diuréticos o el doble de su dosis oral diaria si los tomaba

Acetazolamida o hidroclorotiazida

bloqueo secuencial de la nefrona cuando la respuesta es insuficiente: los estudios ADVOR y CLOROTIC

iSGLT2 en el hospital

inicio tras la estabilización inicial **clase I, nivel B1**

QUÉ PASA

Con presión arterial sistólica mayor de 110 mmHg, los vasodilatadores intravenosos pueden considerarse como tratamiento inicial para aliviar los síntomas y reducir la congestión **clase IIb, nivel C**. La nitroglicerina reduce la precarga y, a dosis mayores, la poscarga; el nitroprusiato, las dos. Su sitio típico es el edema agudo de pulmón con presión alta.

CÓMO SE VE EN URGENCIAS Y EN PLANTA

Edema agudo de pulmón hipertensivo: disnea súbita, crepitantes, saturación baja y presión alta. La presión arterial marca el margen; la hipotensión y la estenosis aórtica grave lo cierran.

DÓNDE ACTÚA EL TRATAMIENTO

Nitroglicerina

venodilatador; en perfusión intravenosa, titulada por la presión arterial

Nitroprusiato

vasodilatador arterial y venoso; en cuidados intensivos, con monitorización invasiva

La calculadora de perfusiones

convierte la dosis en µg/kg/min a mL/h para los fármacos de urgencias

QUÉ PASA

El shock cardiogénico es la hipoperfusión de los órganos por fallo de bomba (lactato mayor de 2 mmol/L, oliguria, frialdad, confusión), por lo general con hipotensión, aunque la guía ESC 2026 no fija un umbral de presión y puede cursar con presión normal; el nuevo consenso europeo unifica los criterios diagnósticos y la clasificación SCAI lo gradúa de A a E. Según la guía, los inotrópicos pueden considerarse con presión sistólica menor de 90 mmHg e hipoperfusión que no responde al tratamiento estándar, incluida la prueba de volumen **clase IIb, nivel C**; los vasopresores, preferiblemente noradrenalina, pueden considerarse en el shock para subir la presión y perfundir los órganos **clase IIb, nivel C**; en la insuficiencia cardiaca avanzada con bajo gasto, los inotrópicos continuos deben considerarse como puente **clase IIa, nivel C**. Un equipo de shock multidisciplinar guía la elección del soporte **clase I, nivel C**.

CÓMO SE VE EN URGENCIAS Y EN PLANTA

Presión arterial media baja, piel fría y moteada, oliguria, confusión y lactato mayor de 2 mmol/L; ecocardiograma a pie de cama para la causa y el ventrículo derecho; vía arterial y, en los casos complejos, catéter de arteria pulmonar.

DÓNDE ACTÚA EL TRATAMIENTO

Noradrenalina

el vasopresor que prefiere la guía frente a la dopamina

Dobutamina, milrinona o levosimendán

inotrópicos; milrinona y levosimendán no dependen del receptor beta y sirven en el paciente con betabloqueante

Vasopresina

en el shock con vasoplejía, guiada por el fenotipo hemodinámico (artículo enlazado en este módulo del ESPACIO)

QUÉ PASA

En el shock por infarto con elevación del ST y disfunción ventricular izquierda, sin riesgo de lesión cerebral hipóxica, el soporte temporal con una bomba de flujo microaxial debe considerarse en pacientes seleccionados **clase IIa, nivel B1**, con el estudio DanGer Shock detrás; en pacientes no seleccionados no se recomienda **clase III, nivel B1**; tampoco el balón de contrapulsación **clase III, nivel B1**. En la inestabilidad hemodinámica de la insuficiencia cardiaca avanzada, el soporte temporal debe considerarse como puente a la recuperación, a la decisión, a otro dispositivo o al trasplante **clase IIa, nivel C**.

CÓMO SE VE EN URGENCIAS Y EN PLANTA

Shock que no remonta con vasopresores e inotrópicos, lactato que sube y disfunción de órganos. Los perfiles INTERMACS gradúan la insuficiencia cardiaca avanzada; la consulta precoz con un centro de insuficiencia cardiaca avanzada es de **clase I, nivel A**.

DÓNDE ACTÚA EL TRATAMIENTO

Bomba microaxial o ECMO venoarterial

los elige el equipo de shock según el paciente y la causa

Asistencia ventricular de larga duración

recomendada en pacientes seleccionados con FEVI reducida avanzada **clase I, nivel C**

Trasplante cardiaco

en la insuficiencia cardiaca avanzada refractaria sin contraindicaciones **clase I, nivel C**

QUÉ PASA

Antes del alta se recomienda una evaluación cuidadosa para excluir congestión persistente **clase I, nivel C**; exploración, péptidos natriuréticos, función renal e imagen. La guía recomienda una estrategia intensiva de inicio rápido y subida del tratamiento fundamental antes del alta y en visitas frecuentes durante las seis primeras semanas **clase I, nivel B2**; el iSGLT2 se empieza en el hospital tras la estabilización **clase I, nivel B1**. Si hay déficit de hierro en la FEVI reducida sintomática, el hierro intravenoso está recomendado **clase I, nivel B1** y puede darse antes del alta.

CÓMO SE VE EN URGENCIAS Y EN PLANTA

Peso seco documentado y NT-proBNP al alta; plan escrito con cada fármaco, su dosis y la fecha de la siguiente subida; primera visita en una o dos semanas; enfermería con peso diario y educación. La lista de comprobación de la descompensación resume lo que no puede faltar.

DÓNDE ACTÚA EL TRATAMIENTO

Los cuatro pilares antes del alta

a dosis de inicio y subiendo cada una o dos semanas; el calendario de titulación del planificador del seguimiento lo ordena

Hierro intravenoso

carboximaltosa férrica si hay déficit de hierro, antes del alta

Programa multidisciplinar y educación

recomendaciones de clase I para todos; el módulo de enfermería lleva la lista de educación

Registro: R-062 · R-064

Registro: R-065 · R-067 · R-066 · R-085 · R-072 · R-068

Registro: R-069

Registro: R-070 · R-071 · R-083 · R-073

Registro: R-074 · R-075 · R-076 · R-078 · R-079 · R-086 · R-088

Registro: R-060 · R-061 · R-068 · R-104

Clases de recomendación de la guía ESC 2026 (tabla 1): **I** «se recomienda» o «está indicado» · **IIa** «debe considerarse» · **IIb** «puede considerarse» · **III** «no se recomienda». Nivel de evidencia: A, B1, B2 o C.

ESPACIO de insuficiencia cardiaca de CardioTeca · www.cardioteca.com/espacio-insuficiencia-cardiaca.html · módulo «Insuficiencia cardiaca aguda y shock cardiogénico», con las fichas de los siete fármacos de la fase aguda y las piezas de CardioTeca de cada paso. Clase y nivel: registro de recomendaciones de la guía interactiva de CardioTeca (guía ESC 2026 de insuficiencia cardiaca, doi:10.1093/eurheartj/ehag100).

Versión 2 · 14/10/2026