



6014-8. PREVALENCIA DE LA CONGESTIÓN SUBCLÍNICA EVALUADA CON IMAGEN TRAS UN INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Manuel Veas Porlán, Miguel Martínez Herrera, Alba María García García, José Manuel Cubillas Para, Ignacio Jiménez Zafra, Diana Milena Cruz Sepúlveda, Lidia María Carrillo Mora, José Javier Tercero Fajardo, María Martínez Tovar, Javier Eliseo Blanco Pacheco, Adrián Navarro Gallego, María Teresa Alba Isasi y Francisco José Pastor Pérez

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: La ecografía es una herramienta útil en la valoración de la congestión en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), posibilitando un diagnóstico más precoz que la semiología clínica. Nuestro objetivo fue describir a corto plazo el patrón evolutivo de la congestión sistémica y pulmonar en pacientes con alta reciente por IC y su asociación con factores clínicos.

Métodos: Se incluyeron pacientes remitidos a la consulta de IC del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca durante el año 2021 tras un ingreso por esta causa que tuvieran 2 estudios de imagen, tanto basal (primeros 10 días del alta) como a los 3 meses. Se excluyeron aquellos con patología pulmonar previa. La congestión sistémica se definió como colapso inspiratorio de la vena cava inferior 50%. El grado de congestión pulmonar se determinó con un score cualitativo (0 = no congestión; 1 = líneas B basales; 2 = líneas B hasta campos medios; 3 = líneas B hasta ápices). Se analizaron posibles factores predictores de la presencia de congestión mediante análisis multivariante.

Resultados: Se seleccionaron 77 pacientes, 74% varones, edad media 69 ± 16 años. Para el resto de variables clínico-demográficas (tabla). En la primera visita, el 75% acudió en clase funcional NYHA I-II, el 90% con edemas leves o ausentes y un 20% presentaba crepitantes. Sin embargo, el 50,6% tenía algún grado de congestión: el 29,9% datos de congestión sistémica, mientras que casi la mitad (46,8%) exhibía congestión a nivel pulmonar, mayoritariamente de grado 1 (31,2%), aunque hasta un 15,6% del total presentaba grados mayores. A los 3 meses, el porcentaje de congestión se redujo al 37,1% ($p = 0,039$) a expensas de ambos tipos. Así, la congestión sistémica se encontró en un 18,6% y la pulmonar en un 32,6%, sobre todo grado 1 (25,5% de la población). Solo un 7,1% mostraba grados mayores de congestión pulmonar. La insuficiencia renal [OR: 4,3 (1,5-13,0), $p = 0,006$], IC previa [OR: 4,8 (1,7-13,4), $p = 0,002$] y fibrilación auricular [OR: 3,2 (1,1-9,4), $p = 0,027$] se postularon como factores de riesgo para congestión persistente a los 3 meses.

	N	%
Hipertensión arterial	57	74

Diabetes mellitus	36	46,8
Dislipemia	46	60
Insuficiencia renal	25	32,5
IC previa	30	39
Fibrilación auricular	19	25
Cardiopatía isquémica	19	25
Vasculopatía periférica	5	6,5

Conclusiones: En la primera visita precoz tras el alta, un porcentaje significativo de pacientes presenta congestión residual, cifra que se reduce en el seguimiento. Este aspecto puede tener implicaciones en el ajuste del tratamiento diurético y en el tipo de seguimiento que debemos realizar a nuestros pacientes.