



4028-2. DETECCIÓN DE LA CONGESTIÓN CLÍNICA Y SUBCLÍNICA EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Sara Lozano Jiménez, Mercedes Rivas Lasarte, Daniel de Castro Campos, Belén García Magallón, Jorge Vázquez López-Ibor, Basilio Angula Lara, Marta Cobo Marcos, Fernando Domínguez Rodríguez, Francisco Hernández Pérez, Cristina Mitroi, Manuel Gómez Bueno, José María Viéitez Flórez y Javier Segovia Cubero

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La congestión es una de las principales causas de ingreso en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y la persistencia de signos congestivos al alta uno de los principales predictores de reingreso precoz. Sin embargo, en los últimos años está aumentando el interés por la evaluación adecuada de la congestión subclínica, dado que puede incrementar el riesgo residual en pacientes aparentemente euvolémicos. El objetivo de nuestro estudio es describir la prevalencia de congestión clínica y subclínica en pacientes ingresados por IC.

Métodos: Estudio unicéntrico observacional y prospectivo. Los pacientes fueron incluidos en el momento del ingreso por descompensación de IC de agosto de 2021 a enero de 2022. La congestión clínica fue evaluada mediante score de congestión en función de la presencia de ingurgitación venosa yugular, ascitis, edema en miembros inferiores y crepitanes a la auscultación. La congestión subclínica fue evaluada mediante ReDS (*remote dielectric sensing*), ecografía pulmonar y score VExUS (vena cava inferior, flujo hepático, portal y en venas renales). Se realizaron mediciones al ingreso, a las 72 horas, al alta y durante la primera visita al Hospital de Día.

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes. La mediana de edad fue de 74 años (± 10 años). 30% fueron mujeres. La mediana de fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) fue de 47 ± 10 y 19 (23%) tenían cardiopatía isquémica. En la tabla pueden apreciarse la mediana de valores del score de congestión clínica y subclínica, así como su evolución temporal. Al alta 62 pacientes (75%) no tenían congestión clínica. Sin embargo, de ellos solamente 15 (18%) no mostraron ningún signo de congestión subclínica de acuerdo con la evaluación mediante ReDS, ecografía pulmonar o VExUS. Solo 4 pacientes (5%) de los pacientes sin congestión subclínica al alta presentaron congestión clínica en el seguimiento, mientras que 27 (33%) de aquellos con congestión subclínica desarrollaron congestión en las visitas ambulatorias.

Cambios en los parámetros de congestión a lo largo del tiempo de seguimiento.

Variable	Ingreso	72 horas	Alta	Seguimiento	p
----------	---------	----------	------	-------------	---

Score de congestión clínica	4,0 ± 2,1	1,5 ± 1,6	0,3 ± 0,6	0,8 ± 1,3	0,001
Ecografía pulmonar (n° de zonas con 3 o más líneas B)	4,5 ± 2,0	2,9 ± 2,2	1,4 ± 1,9	1,9 ± 2,1	0,001
ReDS	33,8 ± 7,2	31,9 ± 5,8	29,8 ± 6,6	28,6 ± 5,7	0,001
VExUS	1,3 ± 1,0	0,95 ± 1,0	0,64 ± 1,0	0,97 ± 1,3	0,002
NT-ProBNP	6.180 (3.749-11.162)	3.406 (1.655-7.085)	2.713 (1.046-5.423)	3.414 (818-6.642)	0,005

*Score de congestión clínica: Ingurgitación venosa yugular, ascitis, edema en miembros inferiores, crepitantes a la auscultación.

Conclusiones: Los valores de congestión clínica y subclínica disminuyeron significativamente durante el ingreso hospitalario. Sin embargo, la mayoría de pacientes considerados euvolémicos al alta, presentaron congestión residual subclínica. Estos pacientes presentaron mayor riesgo de desarrollar congestión clínica durante el seguimiento.