Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 968

Revista Española de Cardiología

4028-3. UTILIDAD DE LA BIOIMPEDANCIOMETRÍA PARA GUIAR EL TRATAMIENTO DIURÉTICO EN PACIENTES CON SOBREPESO INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Ana Venegas Rodríguez[1], Jorge Balaguer Germán[1], Álvaro Aceña Navarro[1], Ana María Pello Lázaro[1], Guillermo González Martín[2], Sol Carriazo Julio[2], Alicia Munté Kinsella[3], Juan Martínez Milla[1], Andrea Kallmeyer Mayor[1], Emilio González Parra[2] y José Tuñón Fernández[1]

[1]Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, [2]Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid y [3]Universidad Autónoma, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El diagnóstico y manejo de la insuficiencia cardiaca (IC) en pacientes con sobrepeso es complejo debido a que los métodos diagnósticos habituales son imprecisos y los niveles de péptidos natriuréticos están reducidos en estos pacientes. La bioimpedanciometría (BIA) es una prueba rápida, inocua y capaz de cuantificar la sobrecarga de volumen. El objetivo de nuestro trabajo es determinar si el uso de BIA en pacientes con sobrepeso u obesidad ingresados por IC disminuye la tasa de fracaso renal definido como un incremento de 0,5 mg de creatinina durante el ingreso.

Métodos: Diseñamos un ensayo clínico prospectivo, unicéntrico y simple ciego que incluyó pacientes ingresados en nuestro hospital con IC e IMC > 25 Kg/m^2. Fueron aleatorizados 1:1 a manejo según práctica habitual vs BIA. A todos los pacientes se les realizó al ingreso una medición de peso y talla, analítica sanguínea incluyendo NT-proBNP, ecocardiograma y BIA que determinaba el peso seco del paciente. Los pacientes guiados por BIA, una vez alcanzado el peso seco según esta técnica, fueron dados de alta si no existía otra condición que justificase el ingreso. El grupo estándar fue dado de alta cuando se solucionó la congestión a criterio de su médico responsable sin conocer los valores de peso seco según BIA.

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes, con edad media de 75 años e IMC de 31,9 Kg/m^2. 60,4% eran varones, 37,5% diabéticos, 21% tenían cardiopatía isquémica previa, 20,8% tenían enfermedad renal crónica, 54,2% antecedente de FA, 20,8% y 40,8% FEVI 40% al ingreso. Las características basales fueron similares en ambos grupos de tratamiento. El 41,7% del grupo de tratamiento estándar presentó deterioro de la función renal durante el ingreso, definido como un incremento de al menos 0,5 mg de creatinina (AKIN III), con respecto a un 16,7% en el grupo BIA (p = 0,057). La mediana de estancia hospitalaria fue ligeramente inferior en el grupo guiado por BIA pero sin diferencias significativas (6 vs 5 días, p = 0,35). Los pacientes del grupo estándar presentaban pesos al alta más alejados del peso seco estimado por BIA (-1,3 vs -0,2 Kg, p = 0,172).

Representación gráfica de las diferencias observadas entre el grupo de tratamiento guiado por BIA frente al estándar en cifras de AKIN III y diferencia de peso al alta respecto al peso seco estimado por BIA.

Conclusiones: Los pacientes ingresados por IC con sobrepeso u obesidad en los que se utilizó la BIA para guiar el tratamiento diurético tenían una tendencia a un menor deterioro de función renal durante el ingreso. Se necesitan más estudios para validar esta herramienta en el seno de la IC aguda.