



<https://www.revclinesp.es>

1616 - ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA CONGESTIÓN

Elena Aguirre Alastuey, Carolina García Lamigueiro, Eva García Marina, Claudia Morán Castaño, Rubén Díaz Díaz, Sara Rodríguez Suárez, Elisa Esther Rodríguez Ávila y Álvaro González Franco

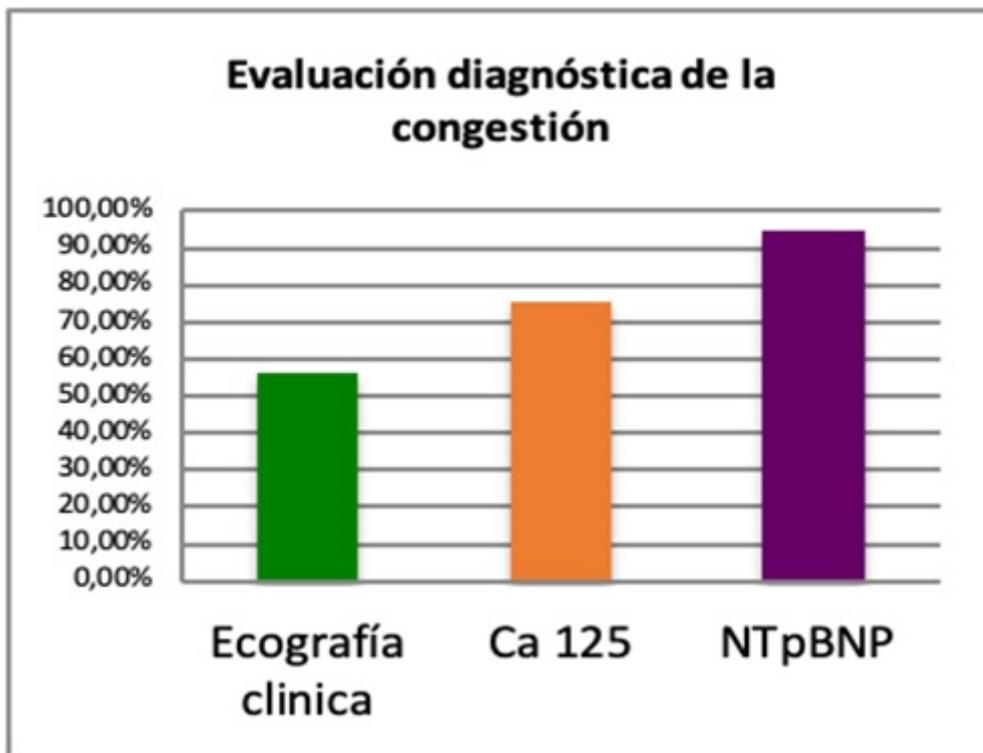
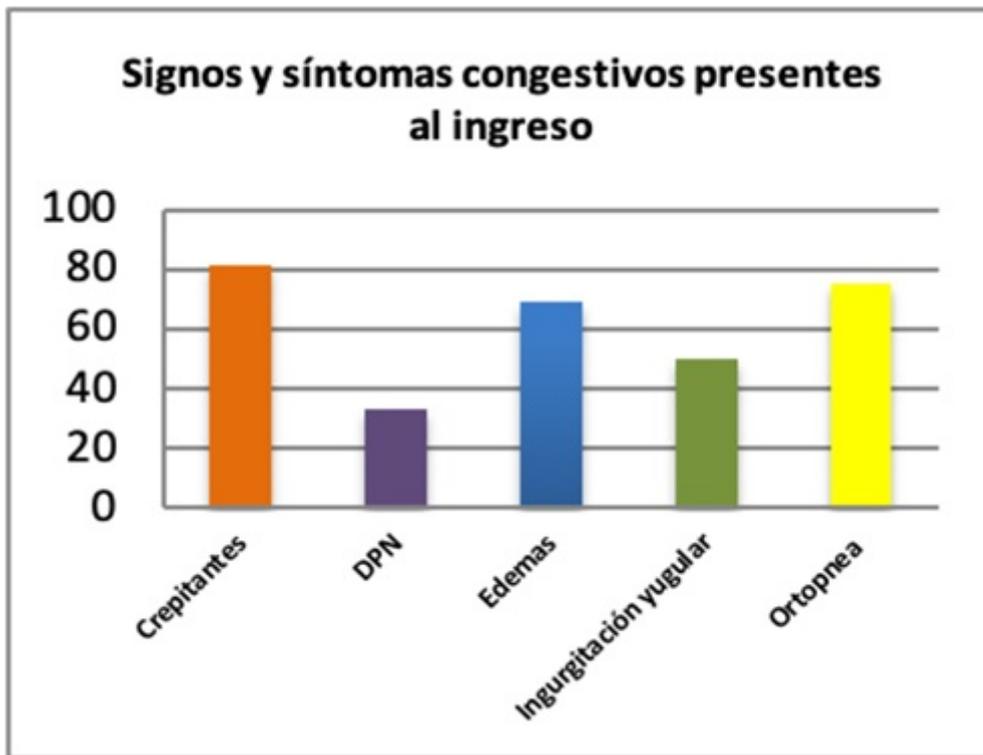
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Objetivos: Analizar el diagnóstico y manejo inicial de la congestión de los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda en las primeras 24 horas de ingreso.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados desde agosto de 2020 a diciembre de 2021 en la Unidad de Manejo Integral de Paciente con Insuficiencia Cardíaca (UMIPIC). Se analizaron las variables propuestas según el protocolo de insuficiencia cardíaca (IC) aguda de la Sociedad Española de Medicina Interna: características epidemiológicas basales de los pacientes, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y la etiología de la IC. La evaluación de congestión se midió por la escala EVEREST, marcadores analíticos (NTproBNP y CA 125) y ecografía clínica. El tratamiento descongestivo se analizó midiendo la dosis de administración del bolo de furosemida en las primeras horas de ingreso y la persistencia de síntomas clínicos congestivos tras 24 horas.

Resultados: Se extrajeron datos de 117 pacientes ingresados por IC como causa principal, con una edad media de 85,3 años, 53 hombres (45,2%) y 64 mujeres (54,7%). Según su clasificación por fracción de eyección (FE), 72 pacientes (61,5%) presentaban FE preservada, 25 pacientes (21,4%) FE reducida, y 11 (9,4%) FE levemente reducida. La etiología más frecuente de IC fue la valvular en 63 pacientes (53,8%). Se utilizó la escala EVEREST para la medición de la congestión en 53 pacientes (45,29%). Los síntomas y signos más frecuentes se exponen en la figura 1. Como pruebas adicionales para valoración de la congestión, se utilizaron la ecografía clínica y los biomarcadores según se expone en la figura 2. Durante las 6 primeras horas de asistencia hospitalaria, 79 pacientes (67,5%) recibieron un bolo de 20-40 mg de furosemida, 22 pacientes (18,8%) recibieron una dosis mayor de 40 mg mientras que a 16 pacientes (13,6%) no se le administró medicación diurética en las primeras horas. A las 24 horas de ingreso, 43 pacientes (36%) precisaron aumento de tratamiento diurético por persistencia de congestión y diuresis menor de 3 litros, precisando doblar la dosis de diuréticos en 39 pacientes (33,3%), asociar tiacidas en 16 pacientes (13,6%) y antagonistas de los receptores de aldosterona en 11 pacientes (9,4%). Se recurrió al uso de suero salino hipertónico en 2 pacientes (1,7%).



Conclusiones: En nuestra serie, la mayoría de los pacientes presentaron signos y síntomas clínicos y de laboratorio o imagen evidentes de agudización por IC. Más de un tercio de los pacientes precisaron aumentar dosis de furosemida en las primeras 24 horas y un 13% no recibieron tratamiento en las primeras horas de atención sanitaria. El tratamiento diurético precoz e intensivo conlleva una reducción de la mortalidad hospitalaria por insuficiencia cardíaca, por lo que resulta imprescindible el conocimiento y la correcta aplicación de dichas recomendaciones desde las primeras horas de ingreso.

Bibliografía

1. Kagiya N, Matsue Y. The time-to-treatment concept in acute heart failure: Lessons and implications from REALITY-AHF. *Anatol J Cardiol.* 2018;20(2):125-9.

2. Fernández Rodríguez JM, Casado J, Formiga F, *et al.* Consensus on basic conduct during the hospital admission of patients with acute heart failure. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2021;221(5):283-96.