



1469 - IMPORTANCIA PRONÓSTICA DE LA ECOGRAFÍA DE PULMÓN Y CAVA EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: ANÁLISIS DEL REGISTRO PROFUND-IC

Maddalena Elena Urbano¹, Rosario Iguarán Bermúdez¹, Julia Barrado Cuchillo¹, Alejandro Macein Rodríguez¹, Luis Beltrán Romero², Máximo Bernabéu Wittel², Rocío García Alonso³, Beatriz Sánchez Sauce⁴, Alejandra García García⁵, Llanos Soler Rangel⁶ y Manuel Méndez Bailón⁷

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. ³Complejo Asistencial de Ávila, Ávila. ⁴Hospital Fundación de Alcorcón, Alcorcón (Madrid). ⁵Hospital Gregorio Marañón, Madrid. ⁶Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid). ⁷Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Objetivos: Comparar las características clínicas, radiológicas y los valores predictivos de mortalidad en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca mediante la determinación de las líneas B por ecografía pulmonar y el grado de colapsabilidad de la vena cava inferior (VCI). En segundo lugar, evaluar la predicción de mortalidad a 30 días en función del diámetro de la VCI mediante la curva ROC.

Métodos: Estudio observacional de cohortes basado en los datos recogidos en el estudio PROFUND-IC, un registro multicéntrico de ámbito nacional de pacientes ingresados con insuficiencia cardíaca descompensada cuyo diseño ha sido publicado previamente¹. Se recogieron las variables de ecografía clínica y se realizó un análisis comparativo del número de líneas B, colapsabilidad de la vena cava así como un análisis de curva ROC con el diámetro de la vena cava y la mortalidad acumulada a 30 días. Por último, un análisis de regresión logística.

Resultados: Un total de 482 pacientes ingresaron en el registro PROFUND-IC entre octubre de 2020 y abril de 2022. Se realizó ecografía clínica a pie de cama durante el ingreso en 301 pacientes (64,3%). El número de pacientes con más de seis líneas B en la ecografía pulmonar ascendió a 194 (66%). En estos pacientes se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad a 30 días (22,1 vs. 9,2%; $p = 0,01$). La suma de pacientes con colapsabilidad de la VCI inferior al 50% ascendió a 195 (67%). En cuanto al valor pronóstico, los datos de colapsabilidad fueron significativos para el número de ingresos en el último año (12,5 vs. 5,5%; $p = 0,04$), mortalidad intrahospitalaria (10,1 vs. 3,3%, $p = 0,04$) y mortalidad a 30 días (22,6 vs. 8,1%; $p < 0,01$), pero no para reingresos. En cuanto al valor pronóstico del diámetro de la VCI para la mortalidad a 30 días, el área bajo la curva ROC (AUC) es de 0,73 con una $p < 0,01$. El punto de corte de la curva con mayor sensibilidad (70%) y especificidad (70,3%) fue para un valor de VCI de 22,5 mm. En el análisis de regresión logística observamos que la variable más asociada con la supervivencia de los pacientes a los 30 días fue la presencia de vena cava inferior colapsable, con más del 50% OR 0,359 (IC 0,139-0,926; $p = 0,034$).

Conclusiones: Los subgrupos de pacientes analizados con más de seis líneas B por campo y una colapsabilidad de la VCI menor o igual al 50% medida por ecografía clínica tuvieron tasas de mortalidad a los 30 días más altas que los pacientes que no se encontraban en estos subgrupos. El diámetro de la VCI puede ser un buen predictor independiente de mortalidad a los 30 días en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada. Comparando ambas variables ecográficas, parece que en nuestra población la valoración de la vena cava inferior puede estar más asociada al pronóstico a corto plazo que las variables de congestión pulmonar valoradas por las líneas B.

Bibliografía

1. Sánchez-Sauce B, Iguarán-Bermúdez R, García-Klepzig JL, *et al.* Prognostic and therapeutic stratification through the PROFUND scale in patients with heart failure and comorbidities: PROFUND-IC registry. *Span J Med.* 2021;1(3):136-41.