



599 - LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA: UN GRAN ALIADO EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA DURANTE EPISODIOS DE REAGUDIZACIÓN DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Amelia Campos Sáenz de Santamaría, Laura Karla Esterellas Sánchez, Aina Sofía Mainé Rodrigo, Julia Martínez Artigot, Cristina Valiente Cantero, Paula Vidales Miguelez, Jimena Aramburu y Jorge Rubio Gracia

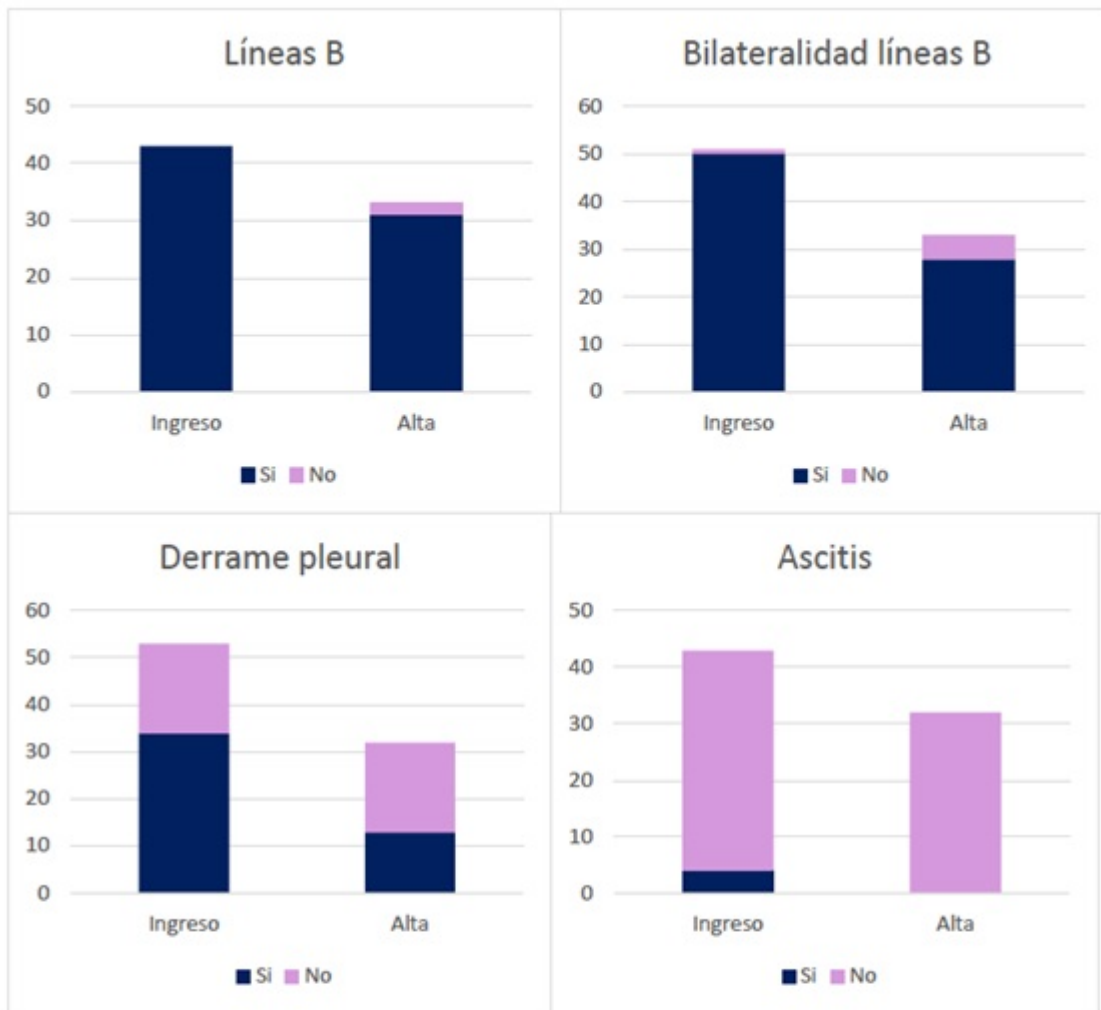
Hospital Clínico Universitario, Zaragoza, España.

Resumen

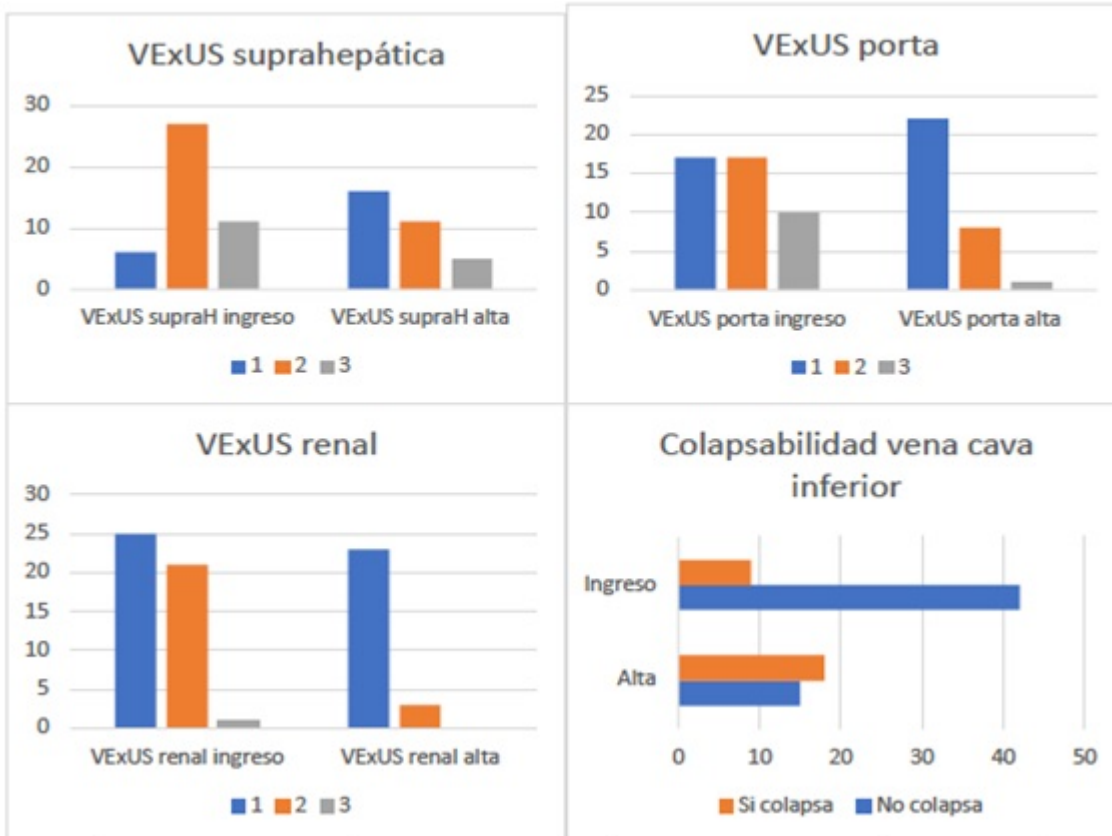
Objetivos: Analizar los hallazgos ecográficos y su evolución en pacientes que ingresan por insuficiencia cardiaca descompensada en un hospital de tercer nivel en dos tiempos: al ingreso y al alta.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, unicéntrico, sin intervención farmacológica que se ha llevado a cabo en el servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza desde noviembre 2022 hasta la actualidad. Se evaluaron los parámetros ecográficos clásicos y como herramienta novedosa para valorar la congestión aplicamos el protocolo VExUS (*Venous excess ultrasound*).

Resultados: Se evaluaron 53 pacientes durante este periodo. La media de edad fue 85 años, siendo el 52,8% mujeres. La presencia de líneas B durante todas las fases del ingreso fue constante, siendo un 100% al ingreso y persistiendo en más del 90% en el momento del alta ($p = 0,160$). Seguían una distribución bilateral al ingreso en el 94,3% y al alta persistía la bilateralidad en el 82,4% ($p = 0,004$). Un 64% presentó derrame pleural al ingreso, disminuyendo al 39,4% al alta ($p < 0,001$). El 9,3% de los pacientes presentó ascitis al ingreso, desapareciendo en ellos tras el alta ($p = 0,004$). La mediana de la vena cava inferior (VCI) al ingreso fue $22 \pm 4,7$ mm, disminuyendo paulatinamente y siendo de $19,2 \pm 6,7$ al alta ($p < 0,001$). La VCI no presentó colapsabilidad en el 82,4% de los pacientes al ingreso, lográndose su colapso en el 54,5% al alta ($p < 0,001$). La variabilidad entre el ingreso y el alta del flujo de la suprahepática ($p = 0,001$), la pulsatilidad de la porta ($p = 0,05$), el flujo de la renal ($p < 0,001$) y el grado cuantitativo VExUS ($p < 0,001$) fue consistente.



	Ingreso	Alta	P valor
Líneas B	100%	91.2%	0.160
Bilaterales	94.3%	82.4%	0.044
Número de campos	6.3 ± 2.1	4.2 ± 2.4	<0.001
Derrame pleural	64.2%	39.4%	0.010
Ascitis	9.3%	3%	0.044
Colapsabilidad >50% VCI	17.6%	54.5%	<0.001
Diámetro VCI	22.7 ± 4.7	19.2 ± 6.7	<0.001



	Ingreso	Alta	P valor
Suprahepática			
• Grado 1	13.6%	50%	0.001
• Grado 2	61.4%	34.4%	
• Grado 3	25%	15.6%	
Porta			
• Grado 1	38.6%	71%	0.050
• Grado 2	38.6%	25.8%	
• Grado 3	22.7%	3.2%	
Renal			
• Grado 1	53.2%	88.5%	<0.001
• Grado 2	44.7%	11.5%	
• Grado 3	2.1%		
Global			
• Grado 0	20.5%	65.6%	<0.001
• Grado 1	43.2%	21.9%	
• Grado 2	31.8%	9.4%	
• Grado 3	4.5%	3.1%	

Conclusiones: La evaluación en dos tiempos permitió evaluar la evolución evidenciando mejoría en la mayoría de los casos, valorando la respuesta ecográfica al tratamiento diurético. Las líneas B fue el parámetro ecográfico que menos variabilidad presentó, mostrando una alta proporción en el momento del alta, lo cual podría corresponder a signo ecográfico de congestión residual. El derrame pleural, la ascitis y el diámetro de la VCI así como su colapsabilidad sí que mostraron reducción paulatina de acuerdo a la mejoría clínica del paciente, siendo su variabilidad significativa respectivamente. Respecto al protocolo VExUS nos permitió observar el cambio de flujo venoso en los tres territorios (suprahepática, portal y renal) conforme disminuía la congestión del paciente. Creemos que el protocolo VExUS permite identificar a los pacientes más congestivos y que

requieren intensificación del tratamiento diurético. No obstante, su utilidad continúa siendo estudiada y no tiene una validación clara por el momento aunque se trata de una herramienta novedosa para explorar la congestión.