



XXIII reunión anual de la Asociación de Insuficiencia Cardiaca 2026

Valencia, 11-12 de junio de 2026

XXIII reunión anual de la Asociación de Insuficiencia Cardíaca 2026

Valencia, 11-12 de junio de 2026

Junta Directiva

Presidenta	Dra. Sonia Mirabet Pérez
Presidenta electa	Dra. Marta Cobo Marcos
Vocales	Dr. Diego Rangel Sousa Dr. Zorba Blázquez Bermejo

Comité Científico

Asociación de Insuficiencia Cardíaca

Dra. Sonia Mirabet Pérez
Dra. Marta Cobo Marcos
Dr. Diego Rangel Sousa
Dr. Zorba Blázquez Bermejo
Dr. Joan Guzmán Bofarull
Dr. Fernando Riesgo Gil

Comité Local

Dr. Luis Almenar Bonet
Dr. Luis Martínez Dolz
Dr. Lorenzo Fácila Rubio
Dr. Julio Núñez Villota

Las comunicaciones de este suplemento han sido revisadas por el Comité Científico de la Asociación de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología y se publican respetando el criterio de los autores. REC Publications no es responsable de errores o discrepancias.

Grupos de trabajo de la Asociación de Insuficiencia Cardiaca

HIPERTENSIÓN PULMONAR

Coordinadores: Dra. María Lázaro Salvador
Dr. Antonio Juan Castro Fernández

MIOCARDITIS

Coordinadores: Dr. Domingo A. Pascual Figal
Dr. Fernando Domínguez Rodríguez

SÍNDROME CARDIORRENAL Y ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO DE LA CONGESTIÓN EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Coordinadores: Dr. Rafael Eduardo de la Espriella Juan
Dr. Pedro Joaquín Caravaca Pérez

COMITÉ CIENTÍFICO DE ENFERMERÍA

Dña. Blanca Esther Aguayo Esgueva
Dña. Esther Calero Molina
Dña. Mercè Faraudo García
D. Rafael Mesa Rico

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

XXIII reunión anual de la Asociación de Insuficiencia Cardíaca 2026

Valencia, 11-12 de junio de 2026

COMUNICACIONES ORALES

008. RESULTADOS A UN AÑO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SEGÚN TIPO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA Y ESTADIO DE LA ENFERMEDAD RENAL

María Anguita Gámez¹, Alberto Esteban Fernández², Juan Luis Bonilla Palomas³, Sonia Mirabet Pérez⁴, Javier Muñoz García⁵, Alejandro Recio Mayoral⁶, Rafael González Manzanares¹ y Manuel Anguita Sánchez¹

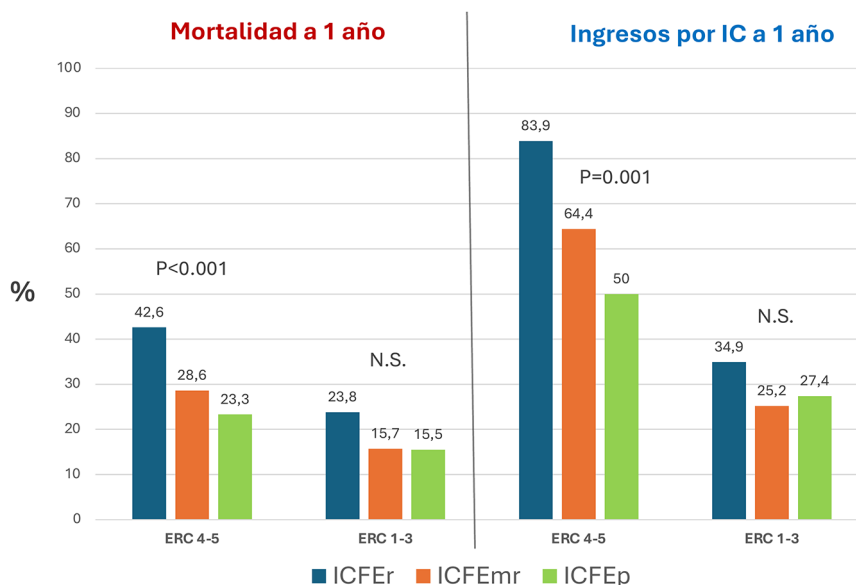
¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid. ³Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda, Jaén. ⁴Hospital Sant Pau, Barcelona. ⁵Instituto de Investigación Biomédica de La Coruña (INIBIC), A Coruña. ⁶Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardíaca (IC) presenta elevada mortalidad y alta tasa de descompensaciones. La enfermedad renal crónica (ERC) es muy prevalente en pa-

cientes con IC y empeora su pronóstico. Existe escasa información sobre la interacción entre la gravedad de la ERC y el tipo de IC —FEVI reducida (IC-FEr), ligeramente reducida (IC-FElr) y preservada (IC-FEp)— en términos de tratamiento farmacológico y pronóstico. El objetivo es analizar, en un registro contemporáneo de pacientes con IC seguidos en unidades especializadas en España, las diferencias en características clínicas, tratamiento y resultados a un año según el tipo de IC y el estadio de ERC (4-5 frente a 1-3).

Métodos: Se analizaron datos del registro del programa de acreditación SEC-Excelente-IC de la Sociedad Española de Cardiología. Se incluyeron 2.245 pacientes con IC entre 2019 y 2024, procedentes de 68 unidades especializadas, reclutados de forma consecutiva en dos cortes anuales. Se compararon características clínicas, tratamiento y mortalidad y hospitalización por IC al año según tipo de IC y estadio de ERC.

Resultados: El 54,2% presentaba IC-FEr, el 12% IC-FElr y el 33,8% IC-FEp. La ERC estadio 4-5 estuvo presente en el 9,9%. Los pacientes con ERC avanzada recibieron menos ARNI, antagonistas de mineralocorticoides, betabloqueantes e iSGLT2. La



Comunicación oral 008 Figura 1

mortalidad y hospitalizaciones al año fueron mayores en IC-FER y menores en IC-FEp solo en presencia de ERC estadio 4-5. **Conclusiones:** Existe una interacción significativa entre disfunción renal avanzada y tipo de IC en los eventos a un año, observándose diferencias pronósticas únicamente en los estadios más graves de ERC.

011. IMPACTO DE LA CREACIÓN DE UNA UNIDAD CARDIORRENAL EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Cristina Barinaga Martín y Danay Areli Ticona Espinoza

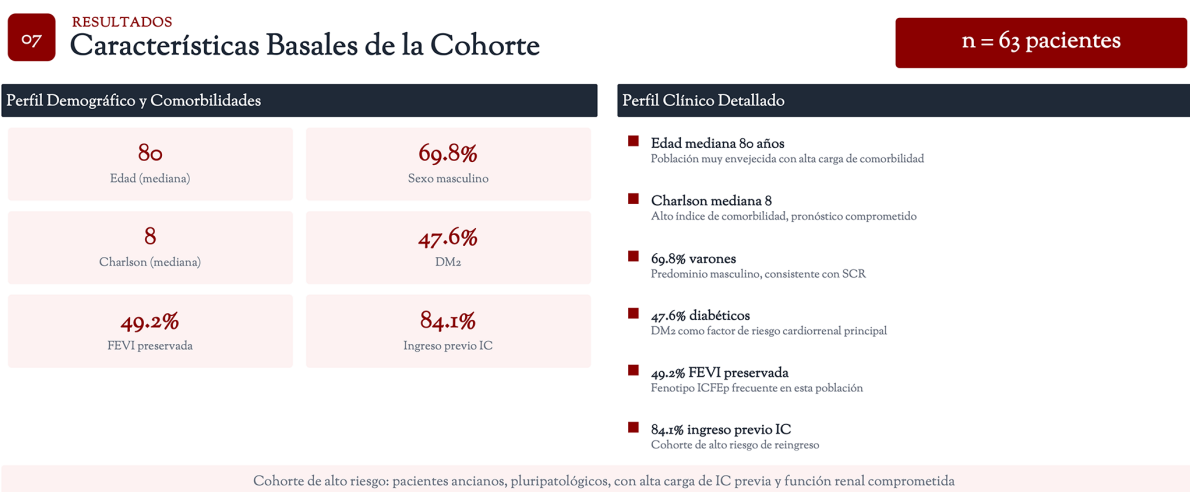
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción y objetivos: La Unidad Cardiorrenal del Hospital Universitario Río Hortega se desarrolló como un modelo multidisciplinar para optimizar el manejo de pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y enfermedad renal crónica (ERC). Durante su primer año se incluyeron 63 pacientes, con edad

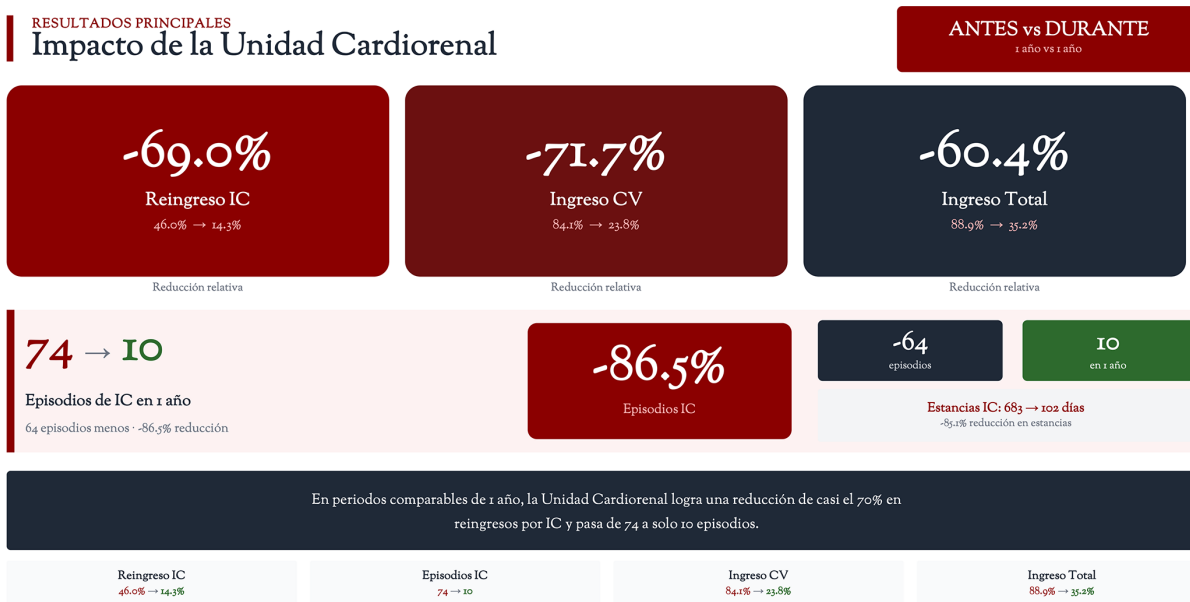
mediana de 80 años, predominio masculino (69,8%) y alta comorbilidad (Charlson 8). El 47,6% presentaba diabetes mellitus tipo 2, el 49,2% fracción de eyección preservada y el 84,1% antecedentes de ingreso por IC, configurando una cohorte de alto riesgo.

Métodos: Analíticamente, destacaba ERC avanzada (FGe mediana 29 ml/min/1,73 m²) y descompensación cardiaca relevante (NT-proBNP 2.912 pg/ml). La valoración multiparamétrica permitió detectar congestión significativa (VExUS > 2 en 25,4%) y guiar el tratamiento, incluyendo diálisis peritoneal en el 9,5% de los pacientes.

Resultados: Se alcanzó una elevada optimización terapéutica: el 92,1% recibía iSGLT2, el 85,7% antagonistas de mineralocorticoides y betabloqueantes, y el 77,8% iSRAA/ARA-II. Más del 57% logró cuádruple terapia, superando las limitaciones habituales en ERC avanzada. El control de objetivos fue elevado: hemoglobina > 10 g/dl en el 93,7%, adecuado control del metabolismo óseo-mineral en el 84,1% y niveles de potasio en rango en el 77,8%. El impacto clínico fue significativo, con una reducción del 69% en reingresos por IC (46,0 a 14,3%), del



Comunicación oral 011 Figura 1



Comunicación oral 011 Figura 2

71,7% en ingresos cardiovasculares y del 60,4% en ingresos totales. Los episodios de IC disminuyeron un 86,5% (de 74 a 10) y las estancias hospitalarias por IC un 85,1%.

Conclusiones: Estos resultados muestran que la unidad cardiorrenal mejora de forma relevante los resultados clínicos y la utilización de recursos sanitarios.

026. REGISTRO FINE: PERFIL DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE FINERENONA A 6 MESES EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR

Ángela García-Zuazola¹, Nerea Mora-Ayestarán¹, Diego Aguiar Cano¹, Juan Górriz-Magaña², Alberto Esteban-Fernández³, Pedro Caravaca-Pérez⁴, Sandra Valdivielso-Moré⁵, Francisco J. Pastor-Pérez⁶, Gregorio de Lara Delgado⁷ y Gonzalo Luis Alonso Salinas¹

¹Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ²Hospital Universitario Central de la Defensa Gómez Ulla, Zaragoza.

³Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid. ⁴Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ⁵Hospital del Mar, Barcelona.

⁶Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

⁷Hospital Universitario de Torrevieja, Torrevieja, Alicante.

Introducción y objetivos: La finerenona ha demostrado beneficio cardiovascular en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y fracción de eyección (FEVI) $\geq 40\%$, aunque su papel en pacientes con disfunción ventricular más avanzada está menos establecido. El objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de finerenona en práctica clínica real, incluyendo pacientes con FEVI $< 40\%$.

Métodos: Estudio observacional en pacientes con IC tratados con finerenona. Se evaluaron eventos de seguridad y eficacia a 6 meses según FEVI (< 40 vs. $\geq 40\%$). Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Eficacia y seguridad (6 meses)	Total n=161	FEVI $< 40\%$ n= 31	FEVI $\geq 40\%$ n= 130	p
Diferencia de NTproBNP	-176.5 (-1243 - 351)	-45 (-1080.5 - 2233.5)	-192 (-1243 - 217)	0.312
Necesidad de inicio de diurético o aumento de dosis #	33 (23.91)	6 (26.09)	27 (23.48)	0.789
Ingreso por insuficiencia cardíaca	16 (10.74)	2 (7.14)	14 (11.57)	0.495
Ingreso de causa cardiovascular	9 (6.04)	2 (7.14)	7 (5.79)	0.677
Exitus	7 (4.64)	3 (10.34)	4 (3.28)	0.130
Suspensión de Finerenona	10 (6.76)	2 (7.41)	8 (6.61)	0.882
Efectos adversos	10 (6.76)	3 (11.11)	7 (5.79)	0.319
Empeoramiento de función renal*	6 (3.73)	3 (9.68)	3 (2.31)	0.086
Hiperpotasemia**	5 (3.11)	1 (3.23)	4 (3.08)	1.000
Inclusión en diálisis	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	-
Ginecomastia	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	-

Figura 1: Medidas eficacia y seguridad a 6 meses

Aumento de cualquier dosis de diurético o inicio de diurético a los 6 meses

*Aumento x2 de niveles de creatinina a los 6 meses

** Hiperpotasemia mayor de 5.5mmol/l a los 6 meses

Comunicación oral 026 Tabla 1

Resultados: Se incluyeron 161 pacientes de 30 centros españoles (edad mediana 78,7 años, 72,7% varones), con alta prevalencia de HTA (91,3%), DM (96,3%) y ERC (mediana Cr. 1,58 mg/dl, albuminuria 62 mg/g). Los pacientes con FEVI $< 40\%$ presentaban peor función renal y mayor NT-proBNP basal. A pesar de ello, a los 6 meses la finerenona fue globalmente

bien tolerada. Se observó una tendencia a mayor deterioro de función renal en FEVI $< 40\%$ (9,7 vs. 2,3%, $p = 0,086$), sin diferencias en hiperpotasemia (3,2 vs. 3,1%, $p = 1,000$) ni inclusión en diálisis (0%). La tasa de suspensión fue similar entre grupos (7,4 vs. 6,6%, $p = 0,882$). En cuanto a eficacia, el NT-proBNP se mantuvo estable y el 24% requirió intensificación de diuréticos, sin diferencias entre grupos. Tampoco hubo diferencias en ingresos ni mortalidad a 6 meses (figura 1).

Conclusiones: En práctica clínica real, la finerenona presenta un perfil de seguridad favorable en todo el espectro de la FEVI, sin diferencias en eficacia a 6 meses según la fracción de eyección.

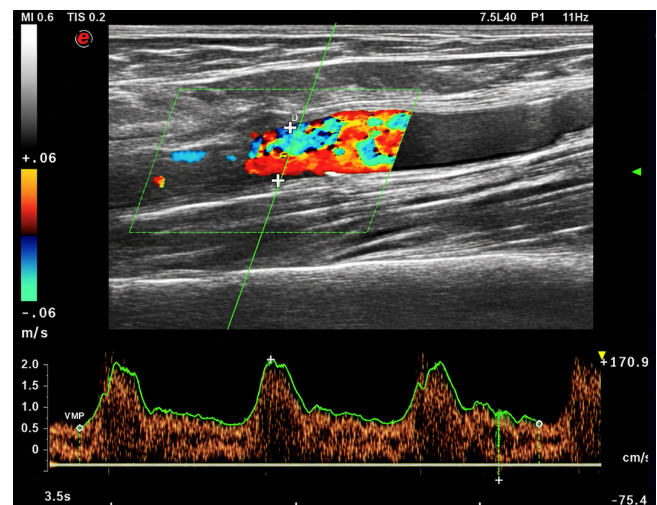
027. PERSISTENCIA DE FISTULA ARTERIOVENOSA TRAS EL TRASPLANTE RENAL: IMPACTO CARDIOVASCULAR Y REVERSIBILIDAD TRAS REDUCCIÓN DE FLUJO

Celia Jordà Llopis, Carlos Rodríguez Gutiérrez, Celia Cepeda Morán, Elena Galván Barrilero, Ricardo Callizo Gallego, Vicente Mora Llabata, Amaia Echaide Artieda, Inmaculada Martínez Perelló, Sandra Beltrán Catalán y María Amparo Valls Serral

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Introducción y objetivos: Tras el trasplante renal, las fístulas arteriovenosas (FAV) utilizadas durante la hemodiálisis pueden permanecer funcionantes y favorecer insuficiencia cardíaca de alto gasto, especialmente en FAV de alto flujo (> 2.000 ml/min). El objetivo fue evaluar el impacto cardiológico de estas FAV y la reversibilidad de las alteraciones tras la cirugía sobre el acceso vascular.

Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico en trasplantados renales con FAV de alto flujo. Se analizaron mediante ecocardiografía-Doppler el gasto cardíaco (GC), índice cardíaco (IC), presión sistólica de arteria pulmonar (PAPs) y TAPSE con la FAV permeable y tras compresión manual durante un minuto. Los pacientes con GC elevado y descenso tras la compresión fueron remitidos a cirugía mediante cierre o banding.



Comunicación oral 027 Figura 1

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes, edad media 58,1 años, 50% hombres. La duración del injerto fue de 12,3 años y la creatinina media de 2 mg/dl. El flujo medio de la FAV fue de 3.731 ml/min y el 60% eran proximales. La compresión manual redujo significativamente el GC (7,85 vs. 6,11 l/min; $p = 0,002$), el IC (4,59 vs. 3,41 l/min/m²; $p = 0,0002$) y la PAPs (43,2

vs. 42 mmHg; $p = 0,018$), sin cambios en el TAPSE. Ocho pacientes fueron intervenidos. Tras 7 meses, el GC y el IC disminuyeron respecto al basal (7,76 vs. 5,86 l/min, 4,2 vs. 3,2 l/min/m², $p = 0,028$ respectivamente).

Conclusiones: Las FAV de alto flujo favorecen un estado de alto gasto potencialmente reversible. La ecocardiografía con compresión manual permite identificar pacientes candidatos a reducción quirúrgica del flujo evitando la progresión de la cardiopatía.

032. PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DOMICILIARIO EN INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA: AUSENCIA DE REINGRESOS Y DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Irene Ruiz López¹, Vicente Peruyero Gil¹, Cristina Morán Tiesta², Cristina de Miguel Sánchez², Concepción Fernández Pascual¹, Marianna D'Amato¹, Miguel Calderón Flores¹, Edurne López Soberón¹ y Juan Górriz Magaña¹

¹Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, ²Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria Centro, Madrid.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) avanzada presenta elevada mortalidad y frecuente fallecimiento intrahospitalario. La identificación precoz de pacientes en fase terminal y su inclusión en programas domiciliarios orientados a control sintomático podría modificar este patrón. El objetivo fue evaluar los resultados de un programa multidisciplinar (Cardiología-Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria, ESAD) dirigido a pacientes con IC avanzada/terminal.

Métodos: Estudio observacional de 19 pacientes con IC avanzada (≥ 2 ingresos en 40 días) y ≥ 2 criterios de afectación (congestión refractaria, PPS ≤ 50 , caquexia o hipoperfusión según ESCAPE), no candidatos a terapias avanzadas, derivados desde la Unidad de IC.

Resultados: Desde diciembre de 2022 se incluyeron 19 pacientes (53% mujeres), mediana de edad 90 años (RI 86-93), Barthel 60 (45-65) y PPS 50 (40-60). Alta carga de comorbilidad (frecuente disfunción renal, afectación de VD y biomarcadores elevados). Dosis mediana de furosemida 140 mg,

con 3 pacientes en perfusión subcutánea continua. Seguimiento mediano 4,5 meses; supervivencia mediana 5,16 meses. Mortalidad global a 30 días y 6 meses: 20% y 73%. De los 15 fallecidos, el 37% por IC refractaria. Ningún paciente reingresó por IC ni falleció en el hospital por IC.

Conclusiones: La implementación de un programa estructurado domiciliario en IC avanzada se asocia a ausencia de reingresos por IC y eliminación de la mortalidad intrahospitalaria por esta causa, favoreciendo el fallecimiento en domicilio y un abordaje centrado en el paciente.

054. LA AMPLITUD DE LA ONDA V EN EL CATETERISMO DERECHO COMO PREDICTOR INDEPENDIENTE DE EVENTOS EN PACIENTES CON PRESIÓN CAPILAR PULMONAR NORMAL

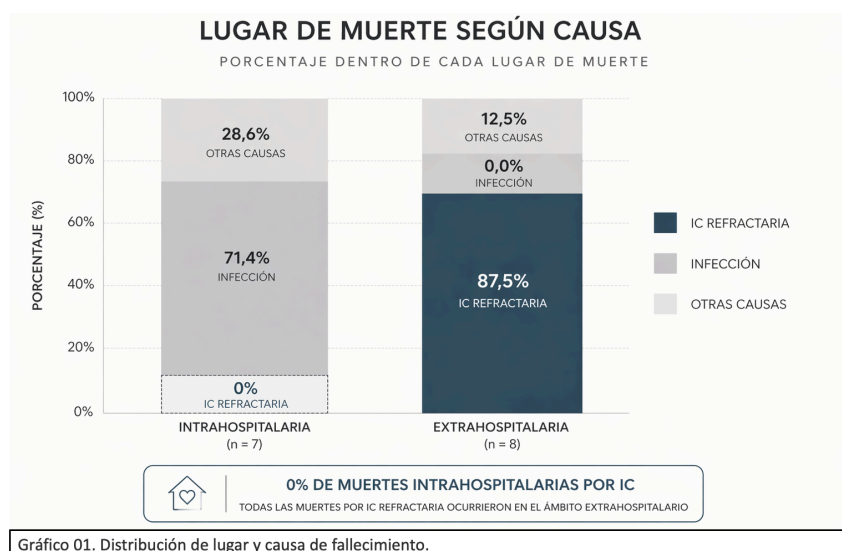
Jordi Bergadà Fortuny¹, Paula Mula Bonsoms¹, Marta Giudici², Yassin Belahnech Pujol¹, Álvaro Calabuig Goena¹, Toni Soriano Colomé¹, Andrea Guala¹, Bruno García del Blanco¹, Ignacio Ferreira González¹ y Eduard Ródenas Alesina¹

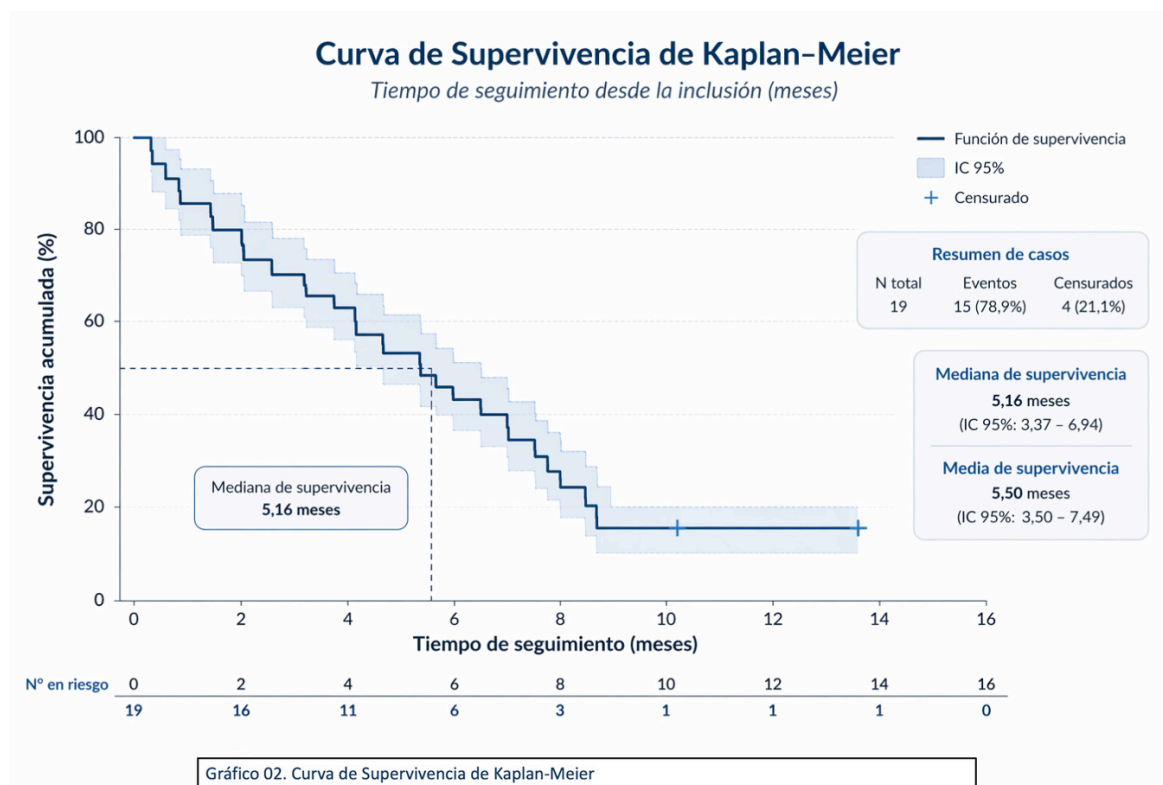
¹Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. ²Hospital de Torino, Turín, Italia.

Introducción y objetivos: La interpretación del cateterismo cardiaco derecho (CCD) suele basarse en parámetros promedio de presión, especialmente la presión capilar pulmonar enclavada (PCP) media. Sin embargo, estos valores pueden no detectar alteraciones dinámicas precoces relacionadas con la transmisión de presión desde la aurícula izquierda o con cambios en su distensibilidad. Este estudio evaluó el valor pronóstico de la morfología de la curva de PCP, centrándose en la amplitud de la onda V, en pacientes con PCP normal (< 15 mmHg).

Métodos: Se incluyeron 160 pacientes sometidos a CCD, de los cuales la mitad presentaba hipertensión pulmonar (PAP media > 20 mmHg) y la otra mitad tenía hemodinámica pulmonar normal. Se analizaron distintos parámetros de la curva de PCP, incluyendo las ondas A y V. El objetivo principal fue un combinado de descompensación por insuficiencia cardiaca, trasplante cardiaco o mortalidad.

Resultados: Durante una mediana de seguimiento de 2,4 años, 48 pacientes presentaron el evento combinado. La PCP

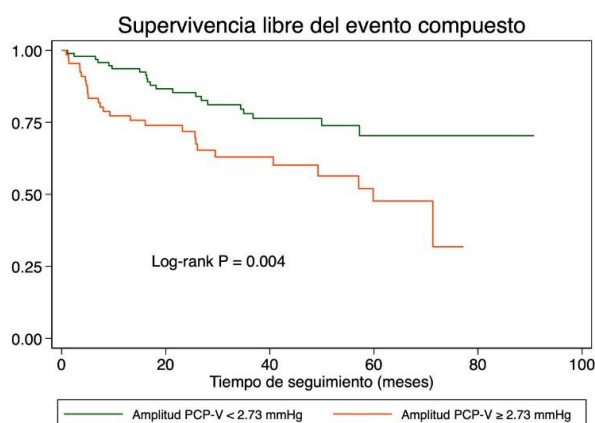




Comunicación oral 032 Figura 2

media no mostró asociación significativa con el pronóstico, mientras que la amplitud de la onda V sí se relacionó de manera independiente con un mayor riesgo de eventos. En concreto, una onda V $\geq 2,73$ mmHg se asoció con casi el doble de riesgo del evento combinado, independientemente de la edad y de otros parámetros hemodinámicos.

Figura 2. Supervivencia libre del evento compuesto en función de un valor de onda V de PCP elevado.



Comunicación oral 054 Figura 1

Conclusiones: Los resultados sugieren que el análisis detallado de la morfología de la curva de PCP aporta información pronóstica adicional más allá de los valores promedio. Una onda V prominente podría reflejar menor distensibilidad auricular izquierda y mayor vulnerabilidad al desarrollo de congestión e insuficiencia cardíaca.

057. IMPACTO DE LOS FACTORES CLÍNICOS EN LA MORTALIDAD PRECOZ DE PACIENTES CON DAI EN PREVENCIÓN PRIMARIA

Iván de María Mier, Ixeia del Pilar Masgrau Lucia, Araceli Sánchez Page, Vanesa Alonso Ventura, Carlos López Perales, Teresa Oloriz Sanjuán, Daniel Cantero Lozano, Beatriz Jauregui Garrido, Laura Macias Marín y Naiara Calvo Galiano

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción y objetivos: La identificación de factores pronósticos de mortalidad precoz en pacientes sometidos a implante de desfibrilador automático implantable (DAI) en prevención primaria puede mejorar la estratificación de riesgo.

Métodos: Se incluyeron consecutivamente todos los pacientes sometidos a implante de DAI en prevención primaria en nuestro centro entre 2019-2025. Se recogieron variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, cardiopatía de base, FEVI, FA y antecedente oncológico. Se estableció un punto de corte de 5 años para mortalidad precoz. El objetivo principal fue la mortalidad global y cardiovascular. Se realizaron análisis de supervivencia mediante Kaplan-Meier, regresión de Cox multivariante y logística univariante.

Resultados: Se incluyeron 544 pacientes, edad media $62,3 \pm 12,7$ años, 81,3% varones. Durante el seguimiento se registraron 56 fallecimientos. La supervivencia media fue mayor en la mortalidad cardiovascular frente a la no cardiovascular (3,19 vs. 2,51 años; $p = 0,19$). En el análisis univariante, FA (OR 3,33), edad (OR 1,05), diabetes mellitus (DM) (OR 2,44), hipertensión arterial (OR 1,99) y tabaquismo activo (OR 1,8) se asociaron significativamente con mortalidad global. En el análisis multivariante, FA (HR 2,63), DM (HR 2,43) y tabaquismo activo (HR 1,86) se asociaron con mayor mortalidad glo-

bal. El antecedente oncológico fue predictor independiente de mortalidad (HR 2,47; IC95%, 1,39-4,39; $p = 0,002$).

Conclusiones: FA, DM, tabaquismo activo y antecedente oncológico se asociaron con mayor mortalidad en pacientes portadores de DAI en prevención primaria (supervivencia media 3 años). El antecedente oncológico destacó como predictor independiente de mortalidad global no CV. Otros factores clásicos como el sexo, FEVI y cardiopatía no presentaron asociación significativa.

059. TRAYECTORIAS DE FUNCIÓN RENAL INTRAHOSPITALARIA Y PRONÓSTICO EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Javier Moya Fernández¹, Juan de la Espriella², Lorenzo Fácila Rubio³, Amparo Valls³, Raquel López⁴, Nuria Vicente⁵, Pau Llacer⁶, Luna Carrillo⁷, Julia Seller⁸ y Julio Núñez de Villota²

¹Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

²Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. ³Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia. ⁴Hospital Universitario La Fe, Valencia. ⁵Hospital General Universitario, Elche, Alicante. ⁶Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁷Hospital de Torrevieja, Torrevieja, Alicante. ⁸Hospital General de Denia Marina Alta, Denia, Alicante.

Introducción y objetivos: Este análisis evalúa el impacto de los cambios en la creatinina sérica en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca aguda, con el objetivo de determinar cómo diferentes trayectorias de función renal afectan el riesgo de muerte o empeoramiento de la insuficiencia cardiaca a un año.

Métodos: Se incluyó a 776 pacientes del Registro Valenciano de Insuficiencia Cardiaca. Se calcularon dos intervalos de cambios en creatinina: temprano (urgencias → ingreso) y tardío (ingreso → alta), utilizando un umbral de $\geq 0,5$ mg/dl como

cambio clínicamente relevante. Las trayectorias definidas fueron: estable, empeoramiento sostenido, empeoramiento tardío, recuperación y mejoría. El endpoint primario fue la combinación de muerte o empeoramiento de insuficiencia cardiaca.

Resultados: Durante el seguimiento de 365 días, se registraron 266 eventos, incluyendo 99 muertes y 167 empeoramientos de IC. Las trayectorias de empeoramiento se asociaron con un mayor riesgo de estos eventos. En el análisis multivariado ajustado, las trayectorias de empeoramiento sostenido y tardío mostraron un riesgo independiente aumentado para el endpoint compuesto (HR 2,89 y HR 2,15, respectivamente). Otros predictores independientes fueron los niveles de CA125 y NT-proBNP.

Conclusiones: En resumen, los cambios de la función renal, especialmente los de empeoramiento sostenido y tardío, son predictores importantes del pronóstico en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda, mientras que la recuperación intrahospitalaria se asocia con un menor riesgo.

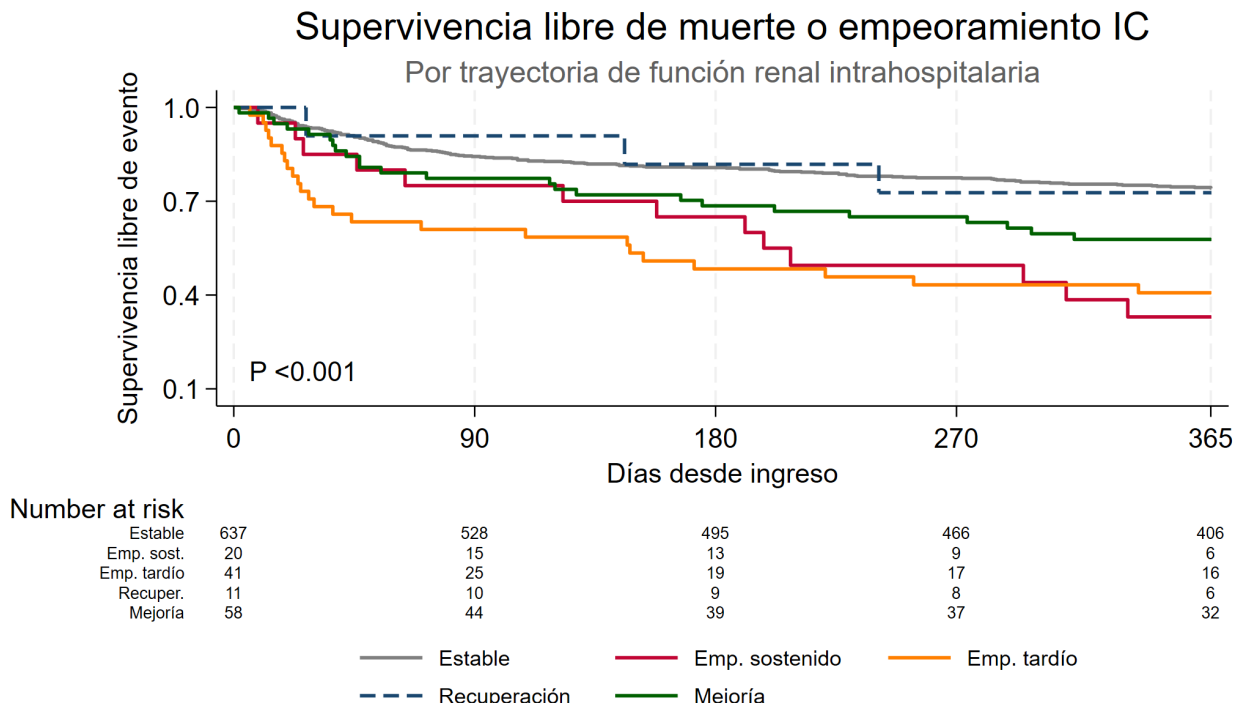
061. ESTUDIO SAFE-EXIT HF: EVALUACIÓN INTEGRADA DE LA CONGESTIÓN PARA PREDECIR EVENTOS TRAS LA HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Mar Domingo Teixidor¹, Abel Torrelles Fortuny¹, Elisabet Zamora Serrallonga¹, Meritxell Soler Costa¹, Gregorio Romero-González¹, Ángel Caballero Parrilla¹, Manel Maymí-Ballesteros¹, Rosa Vila Olives¹, Julio Núñez² y Antoni Bayés-Genís¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.

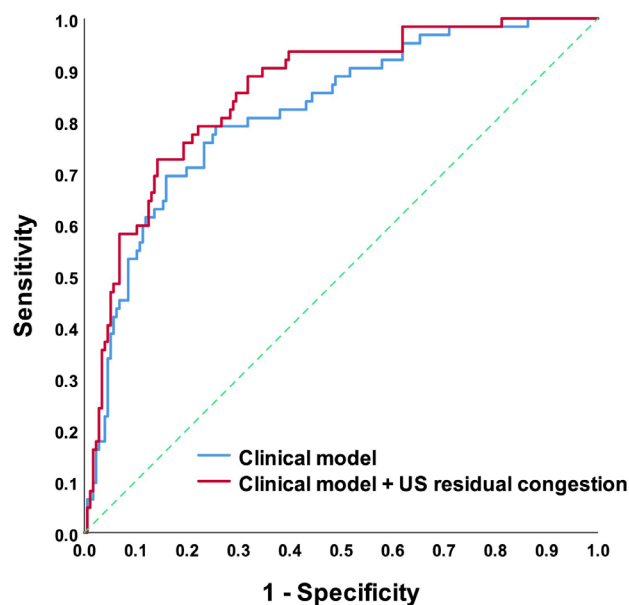
²Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción y objetivos: La congestión residual es un factor determinante de eventos tras una hospitalización por insufi-



Comunicación oral 059 Figura 1

ciencia cardíaca (IC) aguda. Este estudio evalúa diferentes estrategias de valoración de la congestión al alta y desarrolla una puntuación de riesgo multimodal.



Comunicación oral 061 Figura 1

Métodos. Estudio prospectivo en pacientes hospitalizados por IC aguda, con una evaluación al alta que incluyó dos scores clínicos de congestión, NT-proBNP, ecografía pulmonar y venosa (VExUS), bioimpedancia y detección dieléctrica remota (ReDS). El objetivo principal fue un compuesto a 3 meses de muerte, rehospitalización por IC o visita urgente por IC tratada con diurético intravenoso. Se utilizó un modelo multivariante para derivar la puntuación SAFE-EXIT, con validación interna y externa.

Resultados. De 249 pacientes incluidos, 65 (26,1%) presentaron el evento principal. La evaluación ecográfica combinada mostró el mejor rendimiento (AUC 0,72), con una sensibilidad de

0,78 y valor predictivo negativo de 0,90. La congestión ecográfica residual fue el predictor más potente de eventos adversos (OR 7,00; IC95%, 3,68-14,04). Integrar la ecografía a un modelo clínico y de laboratorio mejoró significativamente la discriminación y la reclasificación del riesgo. La puntuación SAFE-EXIT (edad > 80 años, sexo masculino, hospitalización previa por IC, fracción de eyección > 50%, TFGe < 60 ml/min/1,73 m², NT-proBNP > 1.500 pg/ml y congestión ecográfica residual) mostró una excelente discriminación (AUC 0,86; IC95%, 0,81-0,92) y buena validación externa (AUC 0,77; IC95%, 0,67-0,88). **Conclusiones.** La evaluación ecográfica de la congestión residual intravascular y pulmonar aporta valor pronóstico adicional para predecir eventos tras un ingreso por IC. La puntuación SAFE-EXIT mejora la estratificación del riesgo al alta en IC aguda.

062. INTEGRACIÓN DE BIOMARCADORES Y ECOGRAFÍA MULTIORGÁNICA EN EL ESTUDIO DE LA IC DESDE ATENCIÓN PRIMARIA (2021-2026)

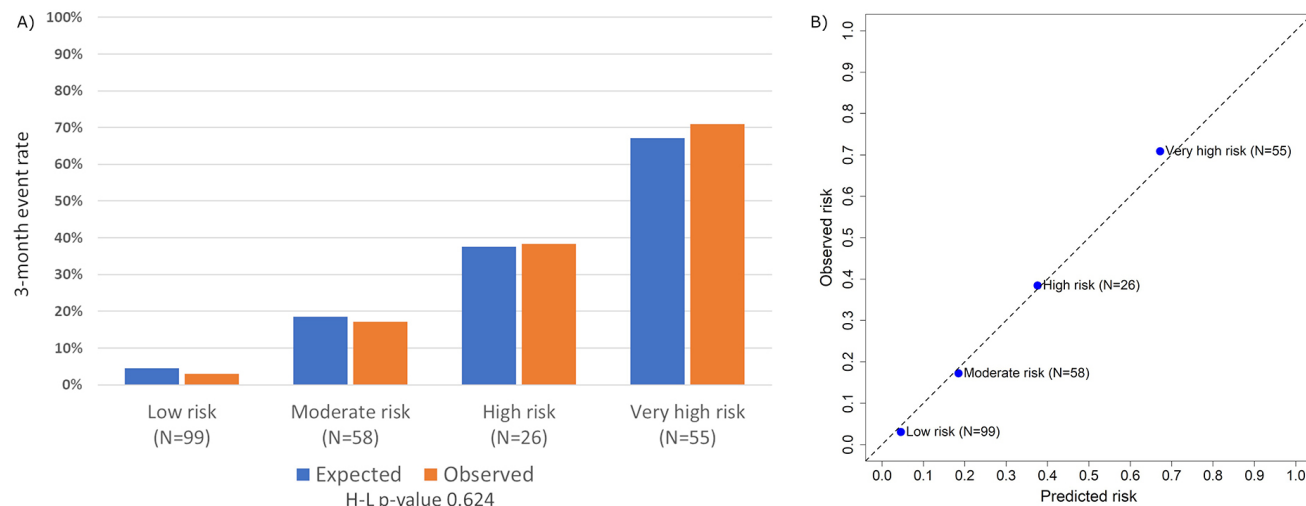
Jaime Roca Pujol¹, Manuel Franco Izquierdo¹, Esteban Cabezas Valladar¹, Asunción Oliver Gomila¹, Saray Méndez González² y Agustín López¹

¹Centro de Salud Martí Serra, Marratxí, Baleares. ²Centro de Salud Casa del Mar, A Coruña.

Introducción y objetivos: Evaluar un modelo de alta resolución en Atención Primaria (AP), coordinado con el hospital, para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con sospecha de insuficiencia cardíaca (IC) que consultaron por disnea, soplo o alteración en el ECG.

Métodos: Estudio de serie de casos consecutivos retrospectivos entre 2021 y 2026 en un cupo de 1.900 pacientes. Se realizó una evaluación sistemática en el «Día 1» mediante biomarcadores plasmáticos (NT-proBNP y CA125) y POCUS multiorgánico (ecografía pulmonar, VEXUS y ecocardiografía).

Resultados: Se evaluaron un total de 86 pacientes, diagnosticando IC en estadios C y D en 29 de ellos. El modelo demostró un valor predictivo negativo (VPN) del 100%, con cero ingresos por IC en los pacientes descartados. La incidencia de reingreso por IC fue del 10,7% al primer mes (3 casos), aplanándose en un residual 3,5% a los 60, 90 y 120 días. En la

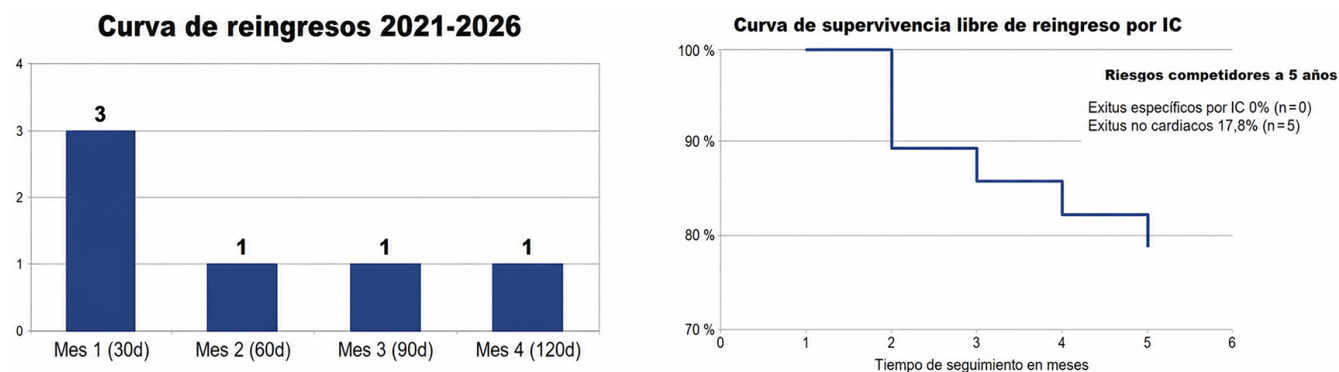


Comunicación oral 061 Figura 2

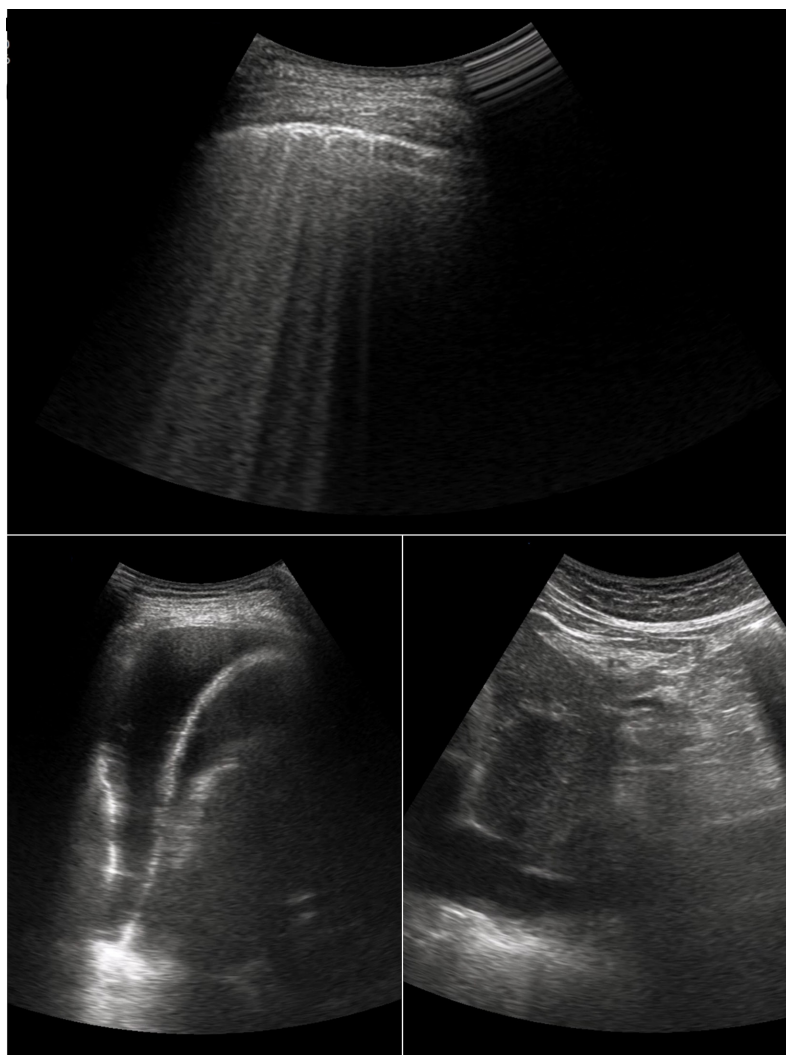
curva de riesgo competidor a 5 años, el *exitus* específico por IC fue del 0% ($n = 0$), registrándose un 17,8% ($n = 5$) de *exitus* por causas no cardíacas.

Conclusiones: La integración de biomarcadores y ecografía multiorgánica en el «Día 1» es un modelo de cribado factible y

con seguridad clínica en AP (VPN 100%). El protocolo demuestra que AP es capaz de estabilizar y seguir a pacientes complejos, iniciando iSGLT2 de forma inmediata en coordinación con cardiología/medicina interna para reducir reingresos y mortalidad específica.



Comunicación oral 062 Figura 1. Reingresos y supervivencia.



Comunicación oral 062 Figura 2