

Estrategia de descongestión guiada por ReDS en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca

Jesús Álvarez García(1), Sandra Valdivielso Moré(2), Aleix Fort Pal(3), Inés Gómez Otero(4), Herminio Morillas Climent(5), Mercedes Rivas Lasarte(6), Ainhoa Robles Mezcua(7), Laura Morán Fernández(8), Manuel Anguita Sánchez(9), Román Freixa Pamias(10), Zorba Blázquez Bermejo(11), Toni Soriano Colomé(12), Josebe Goirigolzarri Artaza(13), Eduard Solé González(14) y Adrián Rivas Pérez(15) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España, (2)Servicio de Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona - España, (3)Servicio de Cardiología. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, Girona - España, (4)Servicio de Cardiología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña) - España, (5)Servicio de Cardiología. Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona - España, (6)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España, (7)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga - España, (8)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (9)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España, (10)Servicio de Cardiología. Hospital de Sant Joan Despí Moises Broggi, Sant Joan Despí (Barcelona) - España, (11)Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España, (12)Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España, (13)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España, (14)Servicio de Cardiología. Hospital Clínic, Barcelona - España y (15)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España

Introducción: La congestión residual en los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca (IC) en el momento del alta es uno de los principales motivos de reingreso precoz. El sistema ReDS (Remote Dielectric Sensing) es una técnica no invasiva, fácil de usar y rápida que mide de manera muy precisa la proporción de líquido en el tejido pulmonar mediante RADAR. Un ensayo clínico piloto demostró que guiar la descongestión por el sistema ReDS durante la hospitalización se asoció con una reducción significativa de la tasa de reingreso a 30 días en comparación con la práctica clínica habitual, sin eventos de seguridad asociados. Nuestro objetivo actual es confirmar la eficacia y seguridad de una estrategia de descongestión guiada por ReDS en pacientes hospitalizados por IC.

Métodos: Ensayo clínico independiente, aleatorizado, simple ciego, en el que se incluirán hasta 1014 pacientes hospitalizados por IC congestiva en 25 hospitales españoles, los cuales se aleatorizarán a una estrategia de descongestión, alta hospitalaria y control precoz en Unidades de IC basados en los valores del sistema ReDS frente a una estrategia basada en la práctica clínica actual. Todos los pacientes serán evaluados cada día del ingreso y en las 2 visitas post-alta (a los 10 y 30 días) en las Unidades de IC con el ReDS, pero la información sólo estará disponible para los clínicos en el grupo intervención. La variable principal de eficacia será la muerte por cualquier causa, reingreso por IC o descompensaciones por IC a 30 días. La variable principal de seguridad será la tasa de hipotensión arterial sintomática, diselectrolitemias o empeoramiento de la función renal a 30 días.

Resultados: Desde el 26 de enero de 2026 se han incluido un total de 106 pacientes (10% del tamaño muestra previsto) en 17 hospitales, restando aún 8 centros en activarse. Se ha constituido un comité ejecutivo que incluye un representante de pacientes así como un comité de seguridad independiente que analiza periódicamente las

tasas de eventos en ambos grupos. Una CRO vela monitoiza la correcta ejecución del protocolo clínico.

Conclusiones: El ReDS-SAFE HF 2 es un ensayo clínico que evaluará la eficacia y seguridad de una estrategia de descongestión en pacientes hospitalizados por IC con una potencia estadística suficiente que permitirá, además, analizar el impacto en subpoblaciones clínicas de interés, así como su coste-eficacia en un sistema público de salud.