

Infraestimación de la congestión residual tras insuficiencia cardiaca: valor de la evaluación multimodal en la primera visita post-alta

Camila Zorrilla Jáquez(1), Robert Mora Molero(1), Carlos Moliner Abós(1), Paula Fluvià Brugues(1), Ingrid Rovira Vilamala(1), Samar Habbab Mohamed(1), Lluisa García Garrido(1), Arola Armengou Arxé(2), Abelardo Hurtado Ganoza(2) y Aleix Fort Pal(1) de (1)Servicio de Cardiología y (2)Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, Girona - España

Introducción: La congestión residual tras un episodio de insuficiencia cardiaca aguda (ICA) es un determinante clave de reingreso y mal pronóstico, pero su detección en la práctica clínica sigue siendo subóptima, especialmente cuando se basa exclusivamente en la exploración física.

Cuantificar la prevalencia de congestión residual en la primera visita post ICA y evaluar la discrepancia entre la exploración física y un enfoque diagnóstico multimodal, así como caracterizar los distintos fenotipos de congestión.

Métodos: Estudio observacional transversal basado en un registro prospectivo que incluyó pacientes consecutivos atendidos en una unidad de insuficiencia cardiaca tras un episodio de ICA (ingreso o tratamiento intravenoso en urgencias) entre junio de 2024 y marzo de 2026. La congestión se evaluó mediante exploración física y un abordaje multimodal que incluyó biomarcadores (+/-15 días visita), ecografía pulmonar (LUS) y venosa (vena cava inferior -VCI-, suprahepática -VSH- y porta -VP-). Se comparó la prevalencia de congestión a la exploración física vs. en abordaje multimodal. Los fenotipos de congestión se clasificaron en tisular vs. intravascular y pulmonar vs. sistémico.

Resultados: Se incluyeron 294 pacientes evaluados a los 16 [12–22] días post-alta. La FEVI media fue del 37% y la mediana de NTproBNP fue de 1856 [813-3909] pg/mL. Solamente en el 25% de los pacientes se detectó congestión a la exploración física, frente al 84% mediante evaluación multimodal, lo que supone identificar más de tres veces más pacientes con congestión. El uso de las distintas técnicas fue elevada: LUS en el 80%, VCI en el 78% y NT-proBNP en el 84%, mientras que la evaluación venosa más avanzada (VP -57%- y VSH -29%-) se realizó en un subgrupo menor.
El fenotipo predominante fue la congestión pulmonar intravascular (71%), seguido de la pulmonar tisular (53%). Los patrones mixtos fueron frecuentes (coexistencia de ?2 fenotipos en >50% de los pacientes). Solo el 16% no presentaba signos de congestión según la evaluación multimodal.

Conclusiones: La congestión residual es altamente prevalente en la primera visita post-alta, pero la exploración física infraestima de forma significativa su presencia. La evaluación multimodal identifica congestión en la mayoría

de los pacientes y permite caracterizar su complejidad fenotípica, lo que podría tener implicaciones relevantes en el manejo precoz tras la ICA.

Fenotipos de congestión y su coexistencia en la primera visita post-alta (N=294)

Variable	
Características generales	
Edad, años	68.8 (11.9)
Sexo masculino, n (%)	211 (72)
NT-proBNP, pg/mL	1856 [813–3909]
Filtrado glomerular (eGFR), ml/min/1,73m2	62.9 [45–81]
Diurético de asa, n (%)	185 (63)
Congestión	
Congestión por exploración física, n (%)	75 (25)
Congestión (≥1 criterio, evaluación multimodal), n (%)	246 (84)
Fenotipos de congestión	
Pulmonar intravascular, n (%)	209 (71)
Pulmonar tisular, n (%)	157 (53)
Sistémica intravascular, n (%)	69 (23)
Sistémica tisular, n (%)	73 (25)
Número de fenotipos por paciente	
0 (ausencia de congestión), n (%)	48 (16)
1 fenotipo, n (%)	91 (31)
2 fenotipos, n (%)	82 (28)
≥3 fenotipos, n (%)	75 (25)

NT-proBNP: péptido natriurético tipo B N-terminal; eGFR: filtrado glomerular estimado; CA125: antígeno carbohidrato 125; IVC: vena cava inferior; PPI: índice de pulsatilidad portal. La congestión multimodal se definió como la presencia de ≥1 de los siguientes: NT-proBNP elevado, CA125 >35 U/L, hallazgos en ecografía pulmonar o venosa. Los fenotipos se clasificaron según compartimento y tipo en pulmonar intravascular (NTproBNP elevado), pulmonar tissular (derrame pleural, líneas B, crepitantes, CA125 elevado), sistémico intravascular (ingurgitación yugular, VCI>=21mm, PPI>=30%) y sistémico tissular (edemas, ascitis, CA125 elevado). Los fenotipos no son excluyentes y pueden coexistir en un mismo paciente. Las variables se presentan en media (DE) o mediana (RIQ) según su distribución.