



## 1741 - REDUCIENDO LA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

**Diego Aguiar Cano**, Daniel Etxeberría Lekuona, Amaya Villanueva Fortún, Enara Echauri Carlos, Diego Amigot Baldero, June García Bascones, María Ruiz Castellano y Begoña Llorente Díez

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

### Resumen

**Objetivos:** La insuficiencia cardíaca es la principal causa de ingreso en los Servicios de Medicina Interna. El envejecimiento y la pluripatología de la población ponen a prueba la capacidad gestora del sistema sanitario. La hospitalización a domicilio (HAD) es una estrategia eficiente para reducir el peso que esta patología supone en las plantas de hospitalización de Medicina Interna, permitiendo una mejor gestión de los recursos sanitarios.

**Métodos:** Presentamos un estudio observacional-descriptivo de los pacientes ingresados por IC descompensada entre 01/01/2023 a 31/03/2023 en hospitalización a domicilio. Se evaluaron características demográficas, destino al alta, reingreso, mortalidad y factores asociados a peor pronóstico.

**Resultados:** Evaluamos 130 pacientes, con una edad media de 88,76 años, y leve predominio de mujeres (54,6%). El 43,8% procedían de planta de hospitalización convencional y el 50,8% ya habían estado en HAD. El 72,3% eran pluripatológicos, siendo la comorbilidad más frecuentemente asociada a la IC la HTA. Con respecto a la IC la mayoría de los pacientes presentaba una FEVI > 50%. La cardiopatía más frecuente fue la valvular (46,9%), siendo parte isquémico-valvular (6,2%) o hipertensivo-valvular (0,8%). Las otras cardiopatías más frecuentes fueron la hipertensiva (30%) y la isquémica (20%). El 90% de los pacientes tenían furosemida como tratamiento crónico antes el ingreso, y el 38,5% un antagonista del receptor mineralcorticoide (ARM). La dosis media de furosemida crónica de los pacientes era de 83 mg/día y la dosis media de furosemida administrada en el ingreso fue de 102 mg/d, con una dosis máxima de 300 mg/d IV. El 46,9% de los pacientes precisó un segundo diurético. La estancia media fue de 12 días, con una mediana de 10 días. El 3,8% de los pacientes falleció en el ingreso y el 14,6% tuvo que ser trasladado al hospital. Los reingresos a 1, 3 y 6 meses fueron 23,8%, 28,5% y 37,7%, y la mortalidad a 1, 3 y 6 meses fue 16,9% 25,4% y 36,9%. Los factores asociados con reingreso estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ) fueron: EPOC, DM, HTA, pluripatología y cardiopatía de origen mixto hipertensivo-valvular. Los factores asociados a mortalidad fueron: mayor dosis crónica de furosemida, necesidad de un segundo diurético, consumo crónico de ARM y pluripatología.

**Discusión:** El presente estudio resalta la complejidad del manejo de la IC descompensada. Tanto el reingreso como la mortalidad tras el alta se asociaron con pluripatología, característica cada vez

más frecuente a nivel poblacional. La HAD es una herramienta segura y eficaz en el manejo de la IC con una estancia media, tasas de reingreso y mortalidad similares a las obtenidas en hospitalización convencional. Mediante el alta precoz hospitalaria y la evitación del ingreso, la HAD permite una reducción significativa de la presión hospitalaria y una mejor gestión de los recursos sanitarios.

*Conclusiones:* La HAD es un recurso asistencial con plenas garantías en el manejo de la agudización de la IC, consiguiendo resultados clínicos similares a la hospitalización convencional con una reducción significativa de los costes asociados y una mejor gestión del recurso cama hospitalaria.