Rev Clin Esp. 2024;224(Supl 1):S937

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

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 medida 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.

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.