



12. EXPERIENCIA Y SEGURIDAD EN EL CONTROL Y MANEJO DE DESCOMPENSACIONES DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES FRÁGILES EN DOMICILIO MEDIANTE EQUIPO DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA 2019-2022

Mikel Maeztu Rada¹, Ainara Lozano Bahamonde¹, Vanessa Escolar Pérez¹, Amaia Echebarria Chousa¹, Alberto Azcona Lucio¹, Silvia Alfambra Vicente², Alain García Olea¹, Íñigo Pereiro Lili¹, Uxue Idiazabal Rodríguez¹, Ana Ruiz Rodríguez¹, Adrián Costa Santos¹, Iván García Díaz¹, Iván Cano González¹, Fernando Díaz González¹ y José Miguel Ormaetxe Merodio¹

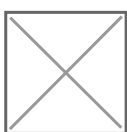
¹Cardiología. Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (Vizcaya), España y ²Enfermería de Práctica Avanzada. Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (Vizcaya), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes frágiles con insuficiencia cardiaca (IC) con cardiopatía avanzada o refractarios al diurético oral presentan dificultad para la euvolemia en domicilio. Los equipos de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) son una opción de tratamiento en descompensaciones de (IC), disponible en nuestra área sanitaria desde 2015 bajo activación de la Unidad de IC. Nuestro objetivo es determinar el número de descompensaciones que precisan ingreso hospitalario por IC o motivos relacionados a 30 días desde la activación EPA, y realizar análisis descriptivo de variables relacionadas con el seguimiento.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo obteniendo variables demográficas y clínicas de la historia clínica en pacientes con activación de EPA entre 2019 y 2022.

Resultados: Se realizaron 107 activaciones en 76 pacientes (edad media 81, 48% mujeres), 67 por descompensaciones de IC en domicilio no controladas con diurético oral, de las cuales 61 se trataron con diurético intravenoso varios días, otras 6 con perfusor subcutáneo de furosemida. Tras 30 días de seguimiento 8 pacientes (11,9% de los casos) requirieron atención hospitalaria por IC o procesos relacionados, resolviéndose el resto con diurético parenteral. Del total, 8 (11,9%) presentaron recaída manejada también en domicilio. Fallecieron 8 pacientes (10,5%), 6 por IC terminal. Las 39 restantes fueron para control en pacientes con difícil manejo de la congestión a nivel ambulatorio (71,7%) o tras alta de ingreso por IC (28,3%). De estos 39, en 30 (76,9%) se optó por seguimiento clínico y en 9 (26,7%) por perfusor de furosemida. Se registraron a 30 días, 5 descompensaciones de IC, 2 con ingreso hospitalario, y 2 defunciones. 55 pacientes se encuentran fallecidos actualmente (71%), 35 por IC terminal. La mitad de los pacientes son dependientes moderados y el 20% presenta riesgo social.



Características y clasificación de los pacientes incluidos en función del tipo de intervención (control en domicilio o manejo de la descompensación de insuficiencia cardiaca en domicilio).

Conclusiones: Las descompensaciones de IC en pacientes frágiles precisan alto consumo de recursos si existe ingreso hospitalario y son un reto sanitario. En nuestra serie las tratadas con EPA evitaron el ingreso en el 88,1% y es válido en el seguimiento ambulatorio. El tratamiento de las descompensaciones de IC en domicilio en pacientes frágiles, ancianos y con cardiopatías avanzadas es una opción segura y con baja tasa de ingreso, evitando recibir diurético parenteral en hospital de día o el ingreso.