



5003-3. INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA MANEJADA EN EL HOSPITAL DE DÍA. EFICACIA, EFICIENCIA Y SEGURIDAD EVITANDO UN INGRESO HOSPITALARIO. ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD

Juan Górriz Magaña, María Jesús Espinosa Pascual, Alfonso Fraile Sanz, Jesús Ángel Perea Egido, Renée Olsen Rodríguez, Rocío Abad Romero, Daniel Nieto Ibáñez, Cristina Perela Álvarez, Jesús Casado Cerrada, Manuela Feliu Casado, Rodolfo Romero Pareja, Teresa Pablo Blas, Mercedes Cuesta Torices, Jorge Manzarbeitia Arambarri y Joaquín Jesús Alonso Martín

Hospital Universitario de Getafe (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: Los ingresos hospitalarios (IH) por insuficiencia cardiaca (IC) pueden suponer alto coste y deterioro funcional en los pacientes (pts) de edad avanzada de causa multifactorial por los días de estancia. Planteamos evaluar la eficacia, eficiencia y seguridad del tratamiento (tto) de las descompensaciones de IC manejadas en el hospital de día (HD) de forma ambulatoria.

Métodos: En 2016 se inició un programa en el HD para evitar IH por IC. Al detectar una descompensación “no complicada” (solo necesidad de tto diurético intravenoso), acudían cada 3-7 días para tratamiento diurético intravenoso y ajuste oral. Estos episodios (EP) se compararon con otros manejados con IH en estos mismos pacientes porque no hubo posibilidad de ser atendidos en el HD. Se excluyeron los EP que tenían criterio de IH por asociar otros problemas (ej. insuficiencia respiratoria, bajo gasto, infecciones). Se obtuvieron datos clínicos y de contabilidad de cada EP (costes de asistencia médica, enfermería, comida, luz, agua, pruebas, tratamiento, estructura y funcional) del año 2018.

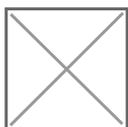
Resultados: Tras exclusiones, hubo 15 pts con 47 EP de IC (3,13/pts). El 68% de los EP se manejaron en el HD y el 31,9% con IH. Edad media 73 años (71-81). La IC de predominio derecho (ICD) fue la forma de presentación más frecuente (93%). La mayoría tenían fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) reducida (53%), seguido de preservada (40%). Así como disfunción de ventrículo derecho (VD) 80%, dilatación 53%, y ambos en el 40% de los pacientes. Los valores medios de la presión sistólica pulmonar media fue 60 mmHg (54-65), de FEVI 43% (34-52) y de filtrado glomerular 38 ml/min/1,73 m² (28-48). No hubo complicaciones infecciosas, vasculares ni hemodinámicas en ningún grupo. Los EP del HD requirieron una media de 2,1 días (1,5-2,7) para resolverlos, comparado con 7 días (4-10) en IH (p 0,001). El coste medio en HD fue 317€ (23-414), comparado con 2.455€ (1321-3585) en IH (p 0,001) por IC “no complicada”. Esto implica una media de 154€/día en HD y 351€/día en IH, y por tanto un ahorro de 54%/día (fig.).

Características clínicas de los pacientes manejados en el hospital de día

Edad (años)

73,13 (71,23-81,04)

Fracción de eyección VI (%)	43,47 (34,67-52,27)
Proporción de fracción de eyección reducida (%)	53
Proporción de fracción de eyección preservada (%)	40
Filtrado glomerular (ml/min/1,73 m ²)	38,53 (28,35-48,71)
Presión sistólica de la arteria pulmonar (mmHg)	60 (54,41-65,41)
Dilatación de VD (%)	53,3
Disfunción de VD (%)	80
Dilatación y disfunción de VD (%)	40



Promedio de días de manejo de las descompensaciones. Coste medio de cada descompensación. Coste medio por día de cada descompensación.

Conclusiones: De acuerdo con nuestros resultados, manejar un EP de IC aguda en HD (sin criterios clínicos de IH) es seguro y coste efectivo. El perfil de pacientes que puede beneficiarse de este manejo presenta predominantemente ICD, afectación de VD e hipertensión pulmonar.