

Impacto de una unidad especializada en insuficiencia cardíaca en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca aguda: análisis de una década de experiencia

Impact of a Specialized Heart Failure Unit on Patients Hospitalized for Acute Heart Failure: A 10-Year Experience

LUCRECIA MARÍA BURGOS^{1, MTSAC}, ROCÍO CONSUELO BARO VILA^{1, *}, MARÍA ANTONELLA DE BORTOLI^{1, *}, DAMIÁN MALANO^{1, *}, MARÍA LUJÁN TALAVERA^{1, MTSAC}, TOMÁS NACHMAN^{1, *}, VICTORIA HELENA RIVADENEIRA LAFRANCHI², MARIANO BENZADÓN^{2, MTSAC}, MIRTA DIEZ^{1, MTSAC}

RESUMEN

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) aguda continúa siendo una de las principales causas de hospitalización y morbi-mortalidad a nivel mundial. La implementación de unidades especializadas en IC ha demostrado mejorar la calidad asistencial y los resultados clínicos; sin embargo, la evidencia sobre su impacto sostenido en América Latina es limitada.

Objetivo: Evaluar el impacto de una unidad especializada en IC sobre métricas de calidad asistencial en pacientes hospitalizados por IC aguda.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte consecutiva de pacientes hospitalizados con diagnóstico principal de IC aguda entre enero de 2014 y diciembre de 2024. El programa de IC incluyó manejo basado en caminos críticos, *checklist* estructurado al alta, médicos con dedicación exclusiva, enfermeros especializados, personal administrativo dedicado, educación al alta con indicaciones escritas, seguimiento posalta estructurado, consultas prioritarias, presentación periódica de indicadores, ateneos para decisiones de manejo avanzado, descongestión guiada por ultrasonido, telemonitoreo y hospital de día. En los últimos dos años, pacientes seleccionados de bajo riesgo tratados exclusivamente en hospital de día no fueron incluidos. Los puntos finales analizados anualmente fueron mortalidad intrahospitalaria, rehospitalización por IC a 30 días y duración de la estadía hospitalaria. Se compararon dos períodos: etapa inicial (2014–2019) y etapa de consolidación (2020–2024).

Resultados: Se analizaron 3368 hospitalizaciones por IC aguda. El volumen anual de internaciones aumentó de 260 en 2014 a 463 en 2024, con una tendencia creciente significativa ($p=0,002$). La mortalidad intrahospitalaria mostró una leve tendencia descendente (5,0% a 3,9%), sin significación estadística. La rehospitalización a 30 días se mantuvo estable, con menor variabilidad en los años más recientes. La duración de la estadía hospitalaria se redujo progresivamente de 9,3 a 2,8 días ($p<0,001$), siendo significativamente menor en la etapa de consolidación (mediana 3,6 vs. 6,8 días; $p=0,004$).

Conclusión: La implementación y consolidación de una unidad especializada en IC se asoció con un aumento del volumen asistencial y mejoras sostenidas en la eficiencia hospitalaria, reflejadas en una reducción significativa de la duración de la estadía. La mayor estabilidad de la mortalidad y la rehospitalización durante la etapa de consolidación sugiere una mejora sostenida en la calidad de la atención, apoyando el desarrollo de modelos estructurados de atención en sistemas de salud de Latinoamérica.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca aguda - Insuficiencia cardíaca descompensada - Unidades de insuficiencia cardíaca - Calidad de atención médica

ABSTRACT

Background: Acute heart failure (HF) remains one of the leading causes of hospitalization, morbidity, and mortality worldwide. The implementation of specialized HF units has been shown to improve the quality of care and clinical outcomes; however, there is limited evidence about their sustained impact in Latin America.

Objective: The aim of this study is to evaluate the impact of a specialized HF unit on quality-of-care measures in patients hospitalized for acute heart failure.

Methods: We conducted a retrospective cohort study that included consecutive patients admitted with a primary diagnosis of acute HF between January 2014 and December 2024. The HF program included a critical path method, structured dis-

REV ARGENT CARDIOL 2026;94:196-203. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i3.21008>

Recibido: 08/01/2026 Aceptado: 04/03/2026

Dirección para correspondencia: Lucrecia M. Burgos. Correo electrónico: lucreciamburgos@gmail.com



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Servicio de Insuficiencia Cardíaca, Hipertensión Pulmonar y Trasplante Cardíaco. Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Argentina

² Dirección de Calidad, Seguridad y Experiencia del Paciente. Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Argentina

charge checklist, full-time physicians, specialized nurses, dedicated administrative staff, discharge education with written instructions, structured post-discharge follow-up, priority consultations, periodic presentation of indicators, grand rounds for advanced management decisions, lung ultrasound-guided decongestion, telemonitoring, and a day hospital. Over the last two years, patients selected as low-risk and treated exclusively in the day hospital were excluded. The endpoints analyzed included annual in-hospital mortality, 30-day hospital readmission, and length of hospital stay. Two periods were analyzed: the initial phase (2014–2019) and the consolidation phase (2020–2024).

Results: A total of 3368 hospitalizations for acute HF were analyzed. The annual volume of hospitalizations increased from 260 in 2014 to 463 in 2024 ($p = 0.002$). In-hospital mortality exhibited a slight, non-significant falling trend (from 5.0% to 3.9%). The 30-day hospital readmission rate remained stable, with less variability in the most recent years. Mean length of hospital stay decreased significantly from 9.3 days to 2.8 days ($p < 0.001$) and was significantly shorter during the consolidation phase (median 3.6 vs. 6.8 days; $p = 0.004$).

Conclusion: The implementation and consolidation of a specialized HF unit was associated with an increase in patient volume and sustained improvements in hospital efficiency, reflected in a significant reduction in length of hospital stay. The greater stability in mortality and hospital readmission rates during the consolidation phase suggests a sustained improvement in the quality of care, supporting the development of structured care models in Latin American health systems.

Key words: Acute heart failure - Decompensated heart failure - Heart failure units - Quality of health care

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) constituye una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial y representa un verdadero problema de salud pública. Se trata de una enfermedad con un perfil de riesgo dinámico: este es particularmente elevado al momento del diagnóstico, tiende a reducirse con la implementación del tratamiento recomendado por las guías de práctica clínica y vuelve a incrementarse de manera significativa con cada episodio de descompensación. (1)

En pacientes con fracción de eyección reducida (ICFEr), aproximadamente uno de cada seis experimenta un evento de empeoramiento dentro de los primeros 18 meses de seguimiento, lo que se traduce en la necesidad de hospitalización o de tratamiento con diuréticos endovenosos. Dichos pacientes, además, enfrentan una elevada tasa de rehospitalización ya en el primer mes posterior al evento índice, reflejando el carácter recurrente y complejo de la enfermedad. (2)

En las últimas décadas, la insuficiencia cardíaca ha adquirido características de verdadera epidemia global, con un riesgo estimado de hasta el 25 % a lo largo de la vida (3,4) y una mortalidad acumulada que alcanza el 30-50 % a los 3 años y hasta el 75 % a los 5 años. (5) Este impacto se ve amplificado en América Latina, donde la carga de enfermedad y las limitaciones estructurales refuerzan la necesidad de estrategias asistenciales estructuradas y adaptadas al contexto local.

La IC aguda continúa siendo, particularmente en individuos mayores de 65 años, una de las principales causas de hospitalización y mortalidad. No solo genera un enorme sufrimiento a nivel individual, sino que también impone una carga considerable sobre los sistemas de salud, dada la magnitud de los recursos requeridos para su atención. A pesar de los avances alcanzados en el arsenal farmacológico y en las estrategias de prevención, los pacientes hospitalizados por IC aguda mantienen tasas alarmantemente elevadas

de eventos adversos a mediano plazo: la probabilidad de rehospitalización dentro de los seis meses alcanza aproximadamente al 50 %, mientras que la mortalidad anual oscila entre el 12 % y el 20 % según múltiples registros internacionales. (6–8) Estas cifras, consistentes en distintas regiones y contextos, ponen de manifiesto que la hospitalización por IC sigue siendo un marcador pronóstico adverso.

Reducir las readmisiones por IC constituye un objetivo estratégico, ya que puede simultáneamente disminuir los costos sanitarios y mejorar la calidad del cuidado brindado. Sin embargo, alcanzar este objetivo plantea un desafío complejo para los sistemas de salud, en particular en aquellos países con limitaciones estructurales y presupuestarias. En este contexto, la creciente complejidad de la IC y la expansión de las opciones terapéuticas han generado nuevas necesidades asistenciales, incluyendo unidades especializadas, equipos multidisciplinarios, recursos humanos entrenados, infraestructura adecuada y redes de atención integradas entre distintos niveles y centros. (9-11)

En este escenario, las unidades especializadas en insuficiencia cardíaca han surgido como un modelo de organización asistencial innovador, que integra equipos multidisciplinarios entrenados, protocolos estandarizados, estrategias educativas y seguimiento estructurado. En países desarrollados, diversos programas de este tipo han demostrado reducir rehospitalizaciones, mejorar la adherencia al tratamiento basado en guías y optimizar métricas de calidad asistencial, con impacto favorable en la mortalidad y los costos a largo plazo. (12-16)

No obstante, la evidencia sobre la implementación, sostenibilidad y adaptación de estos modelos en el contexto latinoamericano –y particularmente en Argentina– sigue siendo limitada y fragmentaria. En países de ingresos bajos y medios, las limitaciones en el acceso a diagnóstico oportuno, terapias modificadoras de pronóstico y modelos organizados de atención generan una brecha significativa entre las recomendaciones de

las guías y la práctica clínica real, lo que se traduce en tasas elevadas de rehospitalización y mortalidad. (17-20)

OBJETIVO

En este marco, el presente estudio tiene como objetivo principal evaluar el impacto de una unidad especializada en insuficiencia cardíaca sobre métricas de calidad asistencial en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca aguda en un centro de alta complejidad de América Latina. Para ello, se compararon dos etapas de evolución del programa: la fase inicial (2014-2019) y la fase de consolidación (2020-2024). Los indicadores analizados incluyeron mortalidad intrahospitalaria, rehospitalización a 30 días y duración de la estadía hospitalaria, con el propósito de valorar la evolución del programa a lo largo de una década de experiencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional de cohortes retrospectivo que incluyó consecutivamente pacientes hospitalizados con diagnóstico principal de IC aguda entre enero de 2014 y diciembre de 2024. El estudio se realizó en una institución de referencia en cardiología de Argentina, que implementó un programa estructurado para el manejo de IC.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de IC aguda primaria.

Se excluyeron aquellos con IC secundaria a endocarditis infecciosa, valvulopatía orgánica grave en plan de intervención, miocarditis, infarto agudo de miocardio o tromboembolismo de pulmón. También se excluyeron los pacientes sometidos a procedimientos invasivos durante la hospitalización, tales como cirugía cardíaca, angioplastia coronaria, implante de marcapasos o trasplante cardíaco.

Identificación de pacientes y recopilación de datos

La identificación de los pacientes con IC se realizó a partir del diagnóstico consignado mediante la codificación del sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD). La recodificación y verificación del diagnóstico médico al alta fue llevada a cabo por una enfermera entrenada; en caso de incongruencias, la decisión final se tomó por consenso entre dos especialistas en IC.

Las variables analizadas incluyeron mortalidad intrahospitalaria, duración de la estadía hospitalaria, rehospitalización por IC a 30 días, educación documentada al alta, prescripción de betabloqueantes e inhibidores/antagonistas del sistema renina-angiotensina o inhibidores duales de la neprilisina y del receptor de angiotensina (ARNI) en los últimos años, y asignación de turno de control al alta.

En 2023, una auditoría externa realizada por el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) evaluó la metodología de análisis de indicadores.

Los datos recolectados se actualizaron mensualmente, compilándose con fecha de corte al cierre de cada mes. A partir de ellos se elaboraron gráficos y reportes que fueron presentados en las instancias institucionales de revisión periódica. El Libro de Indicadores Anual constituyó la síntesis sistematizada de toda la información.

Programa de manejo especializado de IC

El programa de manejo especializado de IC implementado en la unidad consistió en un enfoque multidisciplinario e integral, con las siguientes características clave (Figura 1):

Manejo basado en caminos críticos: Protocolos estandarizados para el tratamiento de IC aguda, incluyendo estrategias de descongestión, titulación de medicación modificadora de pronóstico, movilización precoz, identificación de barreras para el alta y preparación estructurada del egreso hospitalario.

Checklist estructurado al alta: Valoración de implementación de tratamiento farmacológico, turno al alta, necesidad de dispositivos y educación y estrategias modificadoras de pronóstico (vacunación, cesación tabáquica)

Médicos con dedicación exclusiva a IC: Un equipo de cardiólogos especializados en IC que lideraron el tratamiento de los pacientes con dedicación completa y formación de cardiólogos especializados en IC.

Enfermeros especializados en IC: Enfermeros con formación avanzada en IC que realizaron evaluaciones clínicas periódicas, seguimiento y monitorearon el progreso del tratamiento.

Personal administrativo dedicado: Coordinación eficiente de altas, seguimiento y consultas post-alta.

Educación al alta con indicaciones escritas: Se proporcionó material educativo detallado sobre el manejo de la IC, adherencia a tratamientos y signos de alarma a través de libro, página web y consejería por enfermería al alta.

Indicaciones escritas: Grilla de fármacos con fármaco, dosis y horario

Seguimiento posalta estructurado: Seguimiento activo mediante consultas presenciales y consultas virtuales, con primer control programado dentro de los 14 días posteriores al alta. Los pacientes de alto riesgo fueron citados en hospital de día.

Consultas prioritarias: Para pacientes complejos y alto riesgo, se ofrecieron consultas urgentes en hospital de día

Ateneos para manejo avanzado: Sesiones periódicas de discusión multidisciplinaria para la toma de decisiones complejas, incluyendo IC avanzada, shock cardiogénico, hipertensión pulmonar, miocardiopatías y trasplante cardíaco.

Descongestión guiada por ultrasonido: Uso de ultrasonido para evaluar la respuesta a los diuréticos y optimizar el manejo de la congestión.

Uso de sodio urinario: Medición de sodio urinario para ajustar el algoritmo diurético de forma sistemática en el hospital de día y en casos seleccionados durante la internación.

Telemonitoreo: Implementación progresiva, en los últimos tres años, de tecnología para el monitoreo remoto de signos vitales y parámetros clínicos tras el alta.

Hospital de día: Manejo ambulatorio de pacientes seleccionados con insuficiencia cardíaca aguda de bajo riesgo y seguimiento intensivo de pacientes de mayor riesgo, evitando hospitalizaciones innecesarias.

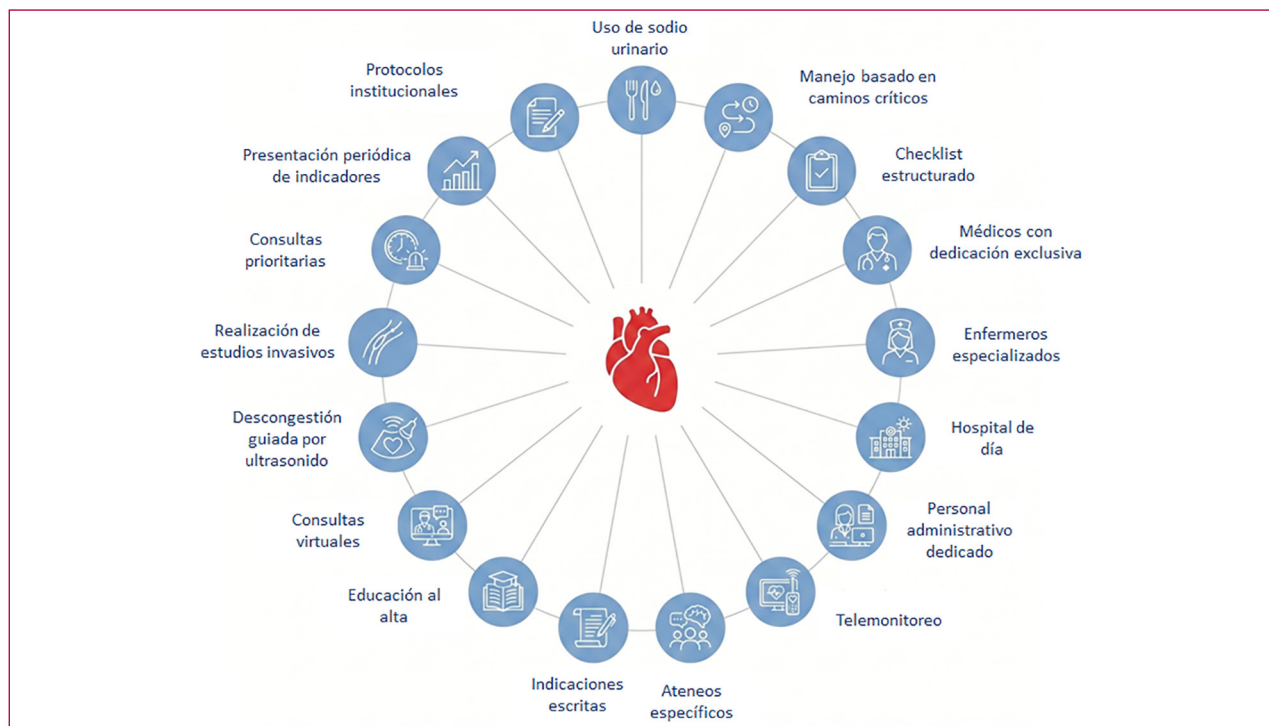
Presentación periódica de indicadores de calidad: Análisis y presentación regular de métricas asistenciales como parte de un programa institucional de mejora continua de la calidad.

Realización de estudios invasivos: En pacientes con insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar y post trasplante cardíaco

Definición de variables

Se definieron los siguientes puntos finales:

Mortalidad intrahospitalaria: Porcentaje de pacientes que fallecieron durante la hospitalización índice.

Fig. 1. Componentes del programa integral de atención en insuficiencia cardíaca

IC: insuficiencia cardíaca; NaU: sodio urinario

Rehospitalización a 30 días: Porcentaje de pacientes que fueron readmitidos en los 30 días posteriores al alta debido a IC aguda

Duración de la estadía hospitalaria: Número total de días de hospitalización por paciente.

Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar a la población de estudio y los resultados de las métricas de calidad. Las variables cualitativas se presentan como frecuencia y porcentaje, y las cuantitativas como media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC) según que la distribución sea normal o no. Se realizó análisis de regresión lineal para evaluar las tendencias temporales en la mortalidad, rehospitalización y duración de la estadía hospitalaria. Los resultados fueron comparados entre los dos períodos utilizando pruebas t de Student para variables continuas y la prueba de chi cuadrado para variables categóricas. Adicionalmente, se calculó el coeficiente de variación (CV) para mortalidad intrahospitalaria y rehospitalización a 30 días en cada período, como medida de estabilidad y consistencia del desempeño asistencial a lo largo del tiempo. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación institucional y registrado en la plataforma PRIISA.BA del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. En el momento de la hospitalización, los pacientes firmaron el consentimiento para la transferencia de datos personales

con fines científicos. El estudio se realizó de acuerdo con las normas nacionales e internacionales para la protección de los sujetos de investigación como la Declaración de Helsinki, (21) Resolución del Ministerio de Salud Nacional 1480/2011 Ciudad de Buenos Aires ley 3301, resolución ANMAT 6677/10 y modificatorias 4008 y 4009.

RESULTADOS

Características demográficas y clínicas

Se analizaron un total de 3368 hospitalizaciones por IC aguda entre 2014 y 2024. El 60 % de los pacientes fueron hombres, con una edad media de 72 ± 10 años.

Volumen de internaciones y tendencias

El volumen anual de internaciones por IC aguda aumentó significativamente a lo largo de los años, pasando de 260 hospitalizaciones en 2014 a 463 en 2024 ($p = 0,002$) (Figura 2)

Mortalidad intrahospitalaria

La mortalidad intrahospitalaria presentó una leve disminución a lo largo del período de estudio, pasando del 5,0 % en 2014 al 3,9 % en 2024, aunque esta reducción no alcanzó significación estadística ($p = 0,648$). Sin embargo, se observa una tendencia y mayor estabilidad con un menor CV (Figura 3).

Duración de la estadía hospitalaria

La duración de la estadía hospitalaria mostró una reducción progresiva y sostenida a lo largo del período analizado (2014–2024), con una tendencia temporal significativamente descendente ($p < 0,001$).

La duración media de la estadía hospitalaria se redujo significativamente de 9,3 días en 2014 a 2,8 días en 2024 ($p < 0,001$). La mediana de días de internación fue significativamente menor en la etapa de consolidación del programa en comparación con el período inicial: 3,6 (RIC 0,7) vs. 6,7 (RIC 1,9); $p = 0,004$ (Figura 4).

Rehospitalización a 30 días

La tasa de rehospitalización por IC a 30 días no mostró diferencias estadísticamente significativas entre el

período inicial del programa (2014-2019) y la etapa de consolidación (2020-2024). Sin embargo, se observó un cambio relevante en el comportamiento temporal del indicador. Durante la etapa inicial, las tasas anuales de rehospitalización presentaron una marcada variabilidad interanual, con valores que oscilaron entre aproximadamente 6 % y 21 %. En contraste, en el período de consolidación, la rehospitalización a 30 días se mantuvo dentro de un rango más estrecho, con valores consistentemente cercanos al 13–14 %. Este hallazgo se reflejó en una reducción sustancial del CV del indicador en la etapa de consolidación en comparación con el período inicial, lo que sugiere un desempeño asistencial más estable y homogéneo a lo largo del tiempo (Figura 5).

Fig. 2. Evolución del volumen anual de internaciones por insuficiencia cardíaca aguda durante la implementación y consolidación del programa

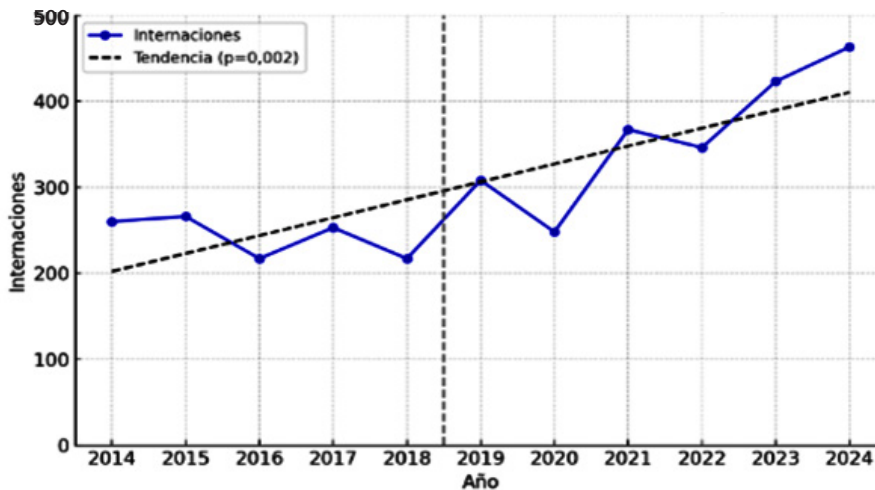
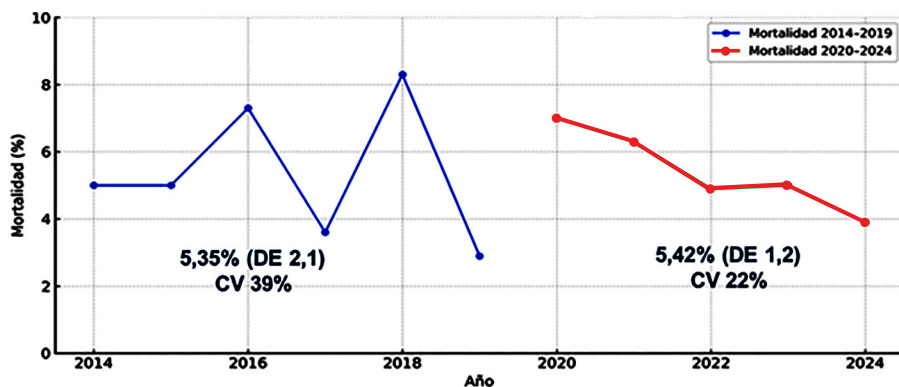
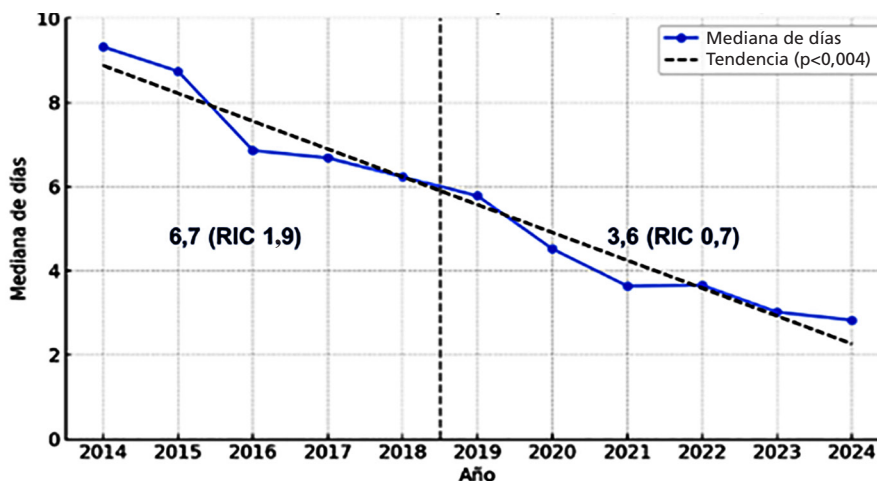


Fig. 3. Mortalidad intrahospitalaria en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca aguda según período del programa



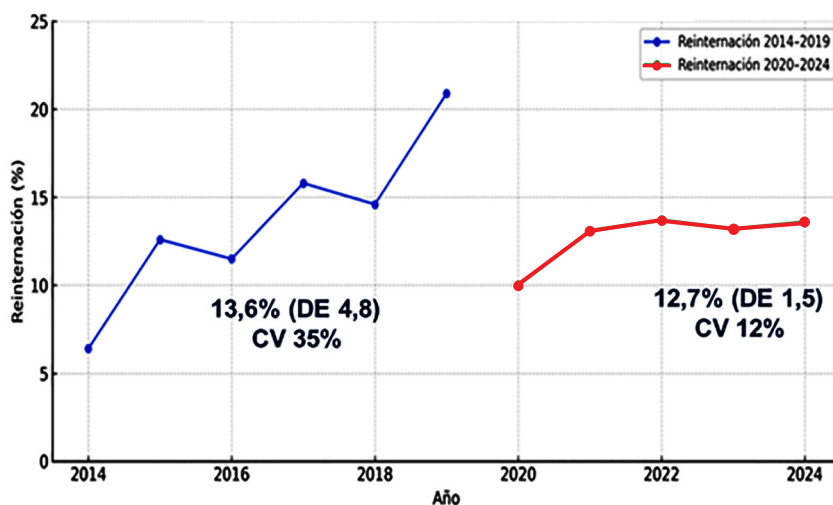
CV: coeficiente de variación; DE: desviación estándar

Fig. 4. Duración de la estadía hospitalaria por insuficiencia cardíaca aguda según período del programa



RIC: rango intercuartílico

Fig. 5. Rehospitalización por insuficiencia cardíaca a 30 días según período del programa



CV: coeficiente de variación; DE: desviación estándar

DISCUSIÓN

Los resultados sugieren que la implementación de una unidad especializada en insuficiencia cardíaca se asoció con un impacto positivo en múltiples métricas de calidad asistencial, particularmente en la eficiencia hospitalaria. La reducción sostenida de la duración de la estadía hospitalaria observada a lo largo de la década analizada constituye el hallazgo más robusto del estudio y refleja un manejo clínico más efectivo, probablemente relacionado con la optimización de la descongestión, el inicio más precoz de terapias modificadoras de pronóstico y la organización estructurada

del proceso de alta y del seguimiento post-alta. Estos hallazgos son concordantes con experiencias internacionales que han demostrado que las unidades especializadas en insuficiencia cardíaca mejoran la eficiencia y los resultados clínicos, especialmente en sistemas de salud de ingresos medios. (10)

En relación con la mortalidad intrahospitalaria, se observó una reducción absoluta del 5,0 % en la etapa inicial al 3,9 % en el período de consolidación, aunque sin alcanzar significación estadística. Registros internacionales como ADHERE (22) y ESC-HF Pilot (23) reportan tasas comparables, mientras que estudios nacionales y regionales describen mortalidades intra-

hospitalarias superiores, entre 7 % y 11 %. (17,20,24) La ausencia de significación estadística en nuestro análisis puede atribuirse a la heterogeneidad clínica de los pacientes y a la complejidad inherente de la IC aguda, una condición que continúa asociándose a elevada mortalidad aún bajo manejo óptimo. No obstante, la disminución observada en términos absolutos, junto con una mayor estabilidad interanual del indicador, sugiere un posible efecto beneficioso del modelo asistencial implementado.

Respecto de la rehospitalización por IC a 30 días, las tasas no difirieron significativamente entre ambos períodos. Sin embargo, durante la etapa de consolidación se evidenció una marcada reducción de la variabilidad interanual del indicador, reflejada en un menor CV. Este hallazgo sugiere un desempeño asistencial más homogéneo y predecible, probablemente asociado a la consolidación de procesos estandarizados, el seguimiento estructurado, la educación al alta y la incorporación del hospital de día para pacientes seleccionados de alto riesgo

Desde la perspectiva de mejora continua de la calidad, la estabilidad de los resultados constituye un indicador relevante de desempeño asistencial. (25) En este sentido, aun en ausencia de reducciones significativas de eventos duros, la menor variabilidad observada en los indicadores de mortalidad y rehospitalización durante la etapa de consolidación puede interpretarse como una señal de madurez del programa y de mayor consistencia en la atención brindada.

La literatura señala que el enfoque multidisciplinario en Clínicas de IC reduce hospitalizaciones, mejora adherencia y optimiza el uso de fármacos basados en guías, con impacto en resultados clínicos y costos, especialmente en países de altos ingresos. (10,17-20,26)

La prevalencia de insuficiencia cardíaca y la carga asociada a esta patología continúan en aumento, impulsadas por el envejecimiento poblacional y la mayor supervivencia de pacientes con enfermedad cardiovascular. (27) En este contexto, persisten desafíos relevantes relacionados con limitaciones estructurales, heterogeneidad en la calidad de atención y acceso restringido a modelos asistenciales especializados, particularmente en países de ingresos bajos y medios, lo que se asocia a peores resultados clínicos y a un uso ineficiente de los recursos sanitarios. (18,28) Nuestros resultados muestran que, aun en este escenario, la implementación de un programa estructurado de atención especializada es factible y puede generar mejoras sostenidas en métricas clave de calidad asistencial.

Es importante destacar que, aunque el impacto en la mortalidad intrahospitalaria y las rehospitalizaciones a 30 días no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los dos períodos analizados, la reducción progresiva y sostenida de la duración de la estadía hospitalaria constituye un indicador relevante de mejora en la eficiencia y la calidad de la atención. La duración de la internación ha sido reconocida como una métrica sensible a la organización del cuidado y

a la coordinación de los procesos asistenciales, y su reducción, cuando se logra sin incremento de eventos adversos, refleja una atención más eficiente y centrada en el paciente. (29) En este sentido, la integración de estrategias como la educación estructurada al alta, el seguimiento remoto y el hospital de día para pacientes seleccionados probablemente haya contribuido a los resultados observados. (30)

Este trabajo aporta evidencia local sobre la factibilidad y el impacto de una unidad especializada en insuficiencia cardíaca en un contexto latinoamericano, y permite contrastar estos resultados con los de registros multicéntricos nacionales. En el registro ARGEN-IC, que incluyó pacientes de 18 provincias argentinas, se reportaron mayores tiempos de internación, una mortalidad intrahospitalaria elevada y un acceso limitado al seguimiento ambulatorio temprano. (20) En comparación, nuestra experiencia muestra menores duraciones de estadía y una mayor estabilidad de los resultados clínicos a lo largo del tiempo, lo que sugiere el impacto positivo de un modelo asistencial estructurado y sostenido.

Este estudio presenta varias limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, se trata de un estudio unicéntrico y retrospectivo, con los sesgos inherentes a este tipo de diseño. No se realizó un análisis ajustado por gravedad clínica, comorbilidades u otros predictores pronósticos relevantes, lo que limita la interpretación causal de los resultados. Asimismo, durante los últimos años el hospital se consolidó como centro de referencia de alta complejidad para patologías avanzadas y como centro de trasplante cardíaco, lo que probablemente incrementó la proporción de pacientes más graves durante la etapa de consolidación y pudo haber atenuado el impacto observado en algunos desenlaces. Finalmente, la ausencia de un grupo control externo limita la posibilidad de realizar comparaciones directas con otras modalidades de atención, y no fue posible garantizar la adherencia completa de todos los pacientes a las distintas intervenciones del programa.

CONCLUSIÓN

La implementación y consolidación de una unidad especializada en IC en nuestra institución se asoció con mejoras relevantes en la eficiencia hospitalaria, reflejadas principalmente en una reducción progresiva y sostenida de la duración de la estadía hospitalaria a lo largo de una década de experiencia.

Si bien no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad intrahospitalaria ni en las tasas de rehospitalización a 30 días entre los dos períodos analizados, la mayor estabilidad y menor variabilidad de estos indicadores durante la etapa de consolidación sugieren una mejora sostenida en la calidad de la atención brindada.

Estos hallazgos aportan evidencia sobre la factibilidad y el impacto de programas estructurados de atención especializada con procesos estandarizados para

pacientes con insuficiencia cardíaca en América Latina. El éxito observado en la reducción de la duración de la estancia hospitalaria y la menor variabilidad en los resultados clínicos sugieren que este tipo de modelos podría ser replicado en otros contextos regionales, contribuyendo a una atención más eficaz, predecible y sostenible para esta población vulnerable.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la Web).

BIBLIOGRAFÍA

- Greene SJ, Fonarow GC, Butler J. Risk profiles in heart failure. *Circ Heart Fail* 2020;13:e007132. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.120.007132>
- Butler J, Yang M, Manzi MA, Hess GP, Patel MJ, Rhodes T, et al. Clinical course of patients with worsening heart failure with reduced ejection fraction. *J Am Coll Cardiol* 2019;73:935–44. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.11.049>
- van Essen BJ, Emmens JE, Tromp J, Ouwerkerk W, Smit MD, Geluk CA, et al. Sex-specific risk factors for new-onset heart failure: the PREVEND study at 25 years. *Eur Heart J* 2025;46:1528–36. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae868>
- Vasan RS, Enserro DM, Beiser AS, Xanthakis V. Lifetime risk of heart failure among participants in the Framingham Study. *J Am Coll Cardiol* 2022;79:250–63. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.10.043>
- Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res* 2023;118:3272–87. <https://doi.org/10.1093/cvr/cvac013>
- Crespo-Leiro MG, Anker SD, Maggioni AP, Coats AJS, Filippatos G, Ruschitzka F, et al. European Society of Cardiology Heart Failure Long-Term Registry (ESC-HF-LT): 1-year follow-up outcomes and differences across regions. *Eur J Heart Fail* 2016;18:613–25. <https://doi.org/10.1002/ejhf.566>
- Tromp J, Bamadhaj S, Cleland JGF, Angermann CE, Dahlström U, Ouwerkerk W, et al. Post-discharge prognosis of patients admitted to hospital for heart failure by world region and national income level (REPORT-HF). *Lancet Glob Health* 2020;8:e411–22. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30004-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30004-8)
- Albuquerque DC, Barros e Silva PGM, Lopes RD, Hoffmann-Filho CR, Nogueira PR, Rohde LE, et al. In-hospital management, long-term outcomes, and adherence in patients with acute decompensated heart failure: primary results of the Brazilian Registry of Heart Failure (BREATHE). *J Card Fail* 2024;30:639–50. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2023.08.014>
- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2021;42:3599–726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
- Sokos G, Kido K, Panjrath G, Benton E, Page RL 2nd, et al. Multidisciplinary care in heart failure services. *J Card Fail* 2023;29:943–58. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2023.02.011>
- Greene SJ, Fonarow GC. Implementation of guideline-directed medical therapy for heart failure: challenges and opportunities. *J Am Coll Cardiol* 2021;77:772–85.
- Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med* 1995;333:1190–5. [https://doi.org/10.1016/S0735-1097\(04\)01123-4](https://doi.org/10.1016/S0735-1097(04)01123-4)
- McAlister FA, Stewart S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:810–9. [https://doi.org/10.1016/S0735-1097\(04\)01123-4](https://doi.org/10.1016/S0735-1097(04)01123-4)
- Takeda A, Martin N, Taylor RS, Taylor SJ. Disease management interventions for heart failure. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;1:CD002752. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002752.pub4>
- Lupón J, Parajón T, Urrutia A, González B, Herreros J, Altimir S, y cols. Reducción de los ingresos por insuficiencia cardíaca en el primer año de seguimiento en una unidad multidisciplinaria. *Rev Esp Cardiol* 2005;58:374–80. <https://doi.org/10.1157/13073894>
- Oyanguren J, Latorre García PM, Torcal Laguna J, Lekuona Goya I, Rubio Martín S, Maull Lafuente E, y cols. Effectiveness and factors determining the success of management programs for patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Rev Esp Cardiol* 2016;69:900–14. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2016.05.012>
- Albuquerque DC, Neto JD, Bacal F, Rohde LE, Bernardes-Pereira S, Berwanger O, et al. I Brazilian Registry of Heart Failure: clinical aspects, care quality and hospitalization outcomes. *Arq Bras Cardiol* 2015;104:433–42. <https://doi.org/10.5935/abc.20150031>
- Ciapponi A, Alcaraz A, Calderón M, Matta MG, Chaparro M, Soto N, et al. Burden of heart failure in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Rev Esp Cardiol* 2016;69:1051–60. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2016.04.054>
- Tromp J, Ouwerkerk W, Teng TK, Cleland JGF, Bamadhaj S, Angermann CE, et al. Global disparities in prescription of guideline-recommended drugs for heart failure with reduced ejection fraction. *Eur Heart J* 2022;43:416–26. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2016.04.054>
- Lescano A, Soracio G, Soricetti J, Arakaki D, Coronel L, et al. Registro Argentino de Insuficiencia Cardíaca Aguda (ARGENIC): evaluación de cohorte parcial a 30 días. *Rev Argent Cardiol* 2020;88:118–25. <https://doi.org/10.7775/rac.v88.i2.17201>
- World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* 2013;310:2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Adams KF Jr, Fonarow GC, Emerman CL, LeJemtel TH, Costanzo MR, Abraham WT, et al. Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: the ADHERE registry. *Am Heart J* 2005;149:209–16. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2004.08.005>
- Maggioni AP, Dahlström U, Filippatos G, Chioncel O, Leiro MC, Drozd J, et al. Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). *Eur J Heart Fail* 2010;12:1076–84. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfq154>
- Gomez-Mesa JE, Saldarriaga C, Echeverría LE, Rivera-Toquica A, Luna P, Campbell S, et al. Characteristics and Outcomes of Heart Failure Patients from a Middle-Income Country: The RECOLFACA Registry. *Glob Heart* 2022;17:57. <https://doi.org/10.5334/gh.1145>
- Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988;260:1743–8. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Van Spall HGC, Rahman T, Mytton O, Ramasundarahettige C, Ibrahim Q, Kabali C, et al. Comparative effectiveness of transitional care services in patients hospitalized with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Heart Fail* 2017;19:1427–43. <https://doi.org/10.1002/ejhf.765>
- Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, Anderson CAM, Arora P, Avery CL, et al. Heart disease and stroke statistics—2023 update. *Circulation* 2023;147:e93–e621.
- Hernandez-Duran J, Lopez-Gutierrez LV, Palacio-Mejia MI, Aguilera L, Burgo L, et al. What do we know about heart failure in Latin American women? *Curr Probl Cardiol* 2024;49:102085. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2023.102085>
- Namvar M, Fakhrolmobasheri M, Mazaheri-Tehrani S, Heidarpour M, Emamimeybodi M, Shafie D. Association between length of hospital stay and 30-day outcomes in acute decompensated heart failure. *Emerg Med Int* 2023;2023:6338597. <https://doi.org/10.1155/2023/6338597>
- Berry-Millett R, Bodenheimer TS. Care management of patients with complex health care needs. *Synth Proj Res Synth Rep* 2009;(19):1–16.