



ORIGINAL BREVE

Seguridad y resultados clínicos de la hospitalización a domicilio en pacientes de edad muy avanzada con insuficiencia cardíaca agudizada



Eva María Fernández Bermejo^{a,*}, Ángela Sánchez Juez^a, Victoria Gutiérrez Gómez-Lus^a, Saida Alonso Marrero^a, José Curbelo^b y Pablo Rodríguez Cortés^a

^a Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

^b Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de febrero de 2026

Aceptado el 18 de mayo de 2026

On-line el 16 de junio de 2026

Palabras clave:

Insuficiencia cardíaca agudizada

Hospitalización a domicilio

Fragilidad

Pluripatología

Reingreso hospitalario

RESUMEN

Introducción: La insuficiencia cardíaca agudizada (ICA) es una causa frecuente de hospitalización en pacientes de edad muy avanzada, con elevada comorbilidad y fragilidad. La hospitalización a domicilio (HaD) se ha propuesto como alternativa asistencial, aunque la evidencia en poblaciones muy envejecidas es limitada.

Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluyó pacientes con ICA atendidos en una unidad de HaD entre marzo de 2023 y febrero de 2025. Se analizaron complicaciones durante el episodio de HaD, derivaciones a hospitalización convencional, reingresos y mortalidad a 90 días tras el alta.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes, con una mediana de edad de 91,5 años y alta comorbilidad y fragilidad. Durante el ingreso en HaD, el 26,8% presentó alguna complicación clínica y no se registraron fallecimientos. La tasa de derivación a hospitalización convencional fue del 9,8%. A los 90 días, la tasa de reingreso acumulada fue del 36,6% y la mortalidad global, del 36,6%, siendo atribuible a la ICA en el 9,8% de los casos.

Conclusiones: En esta cohorte descriptiva, unicéntrica, de pacientes muy ancianos con ICA y alta complejidad clínica, la HaD se mostró como una estrategia factible y aparentemente segura, aunque su seguridad y eficacia requieren confirmación en estudios controlados con mayor tamaño muestral. La elevada mortalidad a medio plazo parece relacionarse más con la fragilidad y la pluripatología que con el propio episodio de ICA.

© 2026 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Safety and clinical outcomes of hospital-at-home care in older adults with acute decompensated heart failure

ABSTRACT

Keywords:

Acute decompensated heart failure

Hospital at home

Frailty

Multimorbidity

Hospital readmission

Introduction: Acute decompensated heart failure (ADHF) is a frequent cause of hospitalization in older adults and is associated with high levels of comorbidity and frailty. Hospital-at-home (HaH) care has been proposed as an alternative care model; however, evidence in very old populations remains limited.

Methods: A prospective observational study including patients with ADHF managed by a HaH unit between March 2023 and February 2025. Complications during the HaH episode, transfers to conventional hospitalization, readmissions, and 90-day post-discharge mortality were analyzed.

Results: A total of 41 patients were included, with a median age of 91.5 years and a high burden of comorbidity and frailty. During the HaH admission, 26.8% of patients experienced at least one clinical complication, and no deaths were recorded. The rate of transfer to conventional hospitalization was 9.8%. At 90 days, the cumulative readmission rate was 36.6%, and overall mortality was 36.6%, with 9.8% attributable to ADHF.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evafbermejo@gmail.com (E.M. Fernández Bermejo).

Conclusions: In this descriptive single-centre cohort of very old patients with ADHF, HaH care appeared to be a feasible and apparently safe care strategy, although confirmation in controlled studies with larger samples is needed. The high medium-term mortality observed seems to be more closely related to underlying frailty and multimorbidity than to the ADHF episode itself.

© 2026 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

La insuficiencia cardíaca agudizada (ICA) constituye una de las principales causas de hospitalización en personas de edad avanzada y representa un importante problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, complejidad clínica y mal pronóstico a corto y a medio plazo. Este impacto asistencial se ve acentuado por el envejecimiento poblacional¹⁻³.

En este contexto, la hospitalización a domicilio (HaD) se ha consolidado como una alternativa asistencial a la hospitalización convencional (HC) para determinados pacientes con ICA. Diversos estudios han demostrado que la HaD ofrece resultados comparables en términos de seguridad, reingresos y mortalidad. Asimismo, series más recientes han demostrado bajas tasas de derivación a HC y ausencia de mortalidad inesperada durante el episodio domiciliario⁴⁻⁸.

A pesar de la evidencia disponible, los pacientes de edad muy avanzada, con elevada fragilidad y pluripatología, continúan estando infrarrepresentados en los estudios sobre HaD en ICA. La evidencia en condiciones cercanas a la práctica clínica real en este perfil poblacional sigue siendo limitada. Generar datos específicos en pacientes ancianos complejos resulta clave para optimizar la selección de candidatos, adaptar los protocolos asistenciales y mejorar la planificación de cuidados tras el alta¹⁻⁵.

Material y métodos

Diseño y ámbito del estudio

Estudio observacional prospectivo que incluyó de forma consecutiva a pacientes con diagnóstico de ICA atendidos en régimen de HaD perteneciente al servicio de Medicina Interna, en un hospital de tercer nivel entre marzo de 2023 y febrero de 2025. Durante el episodio de HaD se valoró la evolución clínica y la aparición de complicaciones, y se realizó un seguimiento de tres meses tras el alta.

Criterios de selección

Se incluyeron pacientes con ICA atendidos en tres modalidades asistenciales de HaD: evitación de ingreso, cuando el paciente era derivado directamente desde urgencias o consultas externas para manejo completo del episodio en domicilio; alta precoz, cuando el paciente procedía de HC tras superar la fase de mayor inestabilidad clínica y completaba en domicilio el episodio agudo (en este estudio se ha definido como las primeras 72 h de estancia hospitalaria), y acortamiento de estancia, cuando el paciente era transferido desde HC para reducir la estancia hospitalaria al persistir necesidades de cuidados de rango hospitalario ya asumibles en domicilio (en nuestro estudio, a partir de las primeras 72 h de estancia).

Variables y recogida de datos

Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, funcionales y farmacológicas. No se estableció un punto de corte etario como criterio de inclusión, con el objetivo de reflejar la práctica asisten-

cial real de nuestra unidad, en la que la selección de pacientes para HaD se basa en criterios clínicos, funcionales y de adecuación sociofamiliar más que en la edad cronológica. El término «edad muy avanzada» se emplea con carácter descriptivo, dada la elevada edad de los pacientes efectivamente incluidos (véase el apartado de Resultados). La comorbilidad se evaluó mediante el índice de Charlson⁹, la funcionalidad mediante el índice de Barthel¹⁰ y la fragilidad mediante la escala FRAIL-VIG¹¹. Se registró también la presencia de polifarmacia.

Asimismo, se documentaron variables relacionadas con la ICA, incluyendo la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (considerándose preservada o ligeramente reducida cuando fue $\geq 45\%$), la etiología de la cardiopatía y los valores de NT-proBNP y CA-125 (antígeno carbohidrato 125, glicoproteína utilizada en insuficiencia cardíaca como biomarcador de congestión y riesgo).

Se recogieron también variables asistenciales del episodio de HaD: duración de la estancia, tratamientos administrados, complicaciones clínicas, derivaciones a HC y eventos durante el seguimiento. La causa de muerte se determinó a partir de la historia clínica electrónica, considerándose atribuible a ICA cuando esta fue el evento principal precipitante del fallecimiento según criterio clínico. Las complicaciones durante el episodio de HaD se clasificaron como atribuibles a la ICA cuando correspondieron a una descompensación clínica que requirió intensificación del tratamiento depleitivo o modificación específica del tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Las restantes complicaciones se consideraron no atribuibles a la ICA.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo. Las variables cuantitativas se expresan como mediana y rango intercuartílico (RIC) tras comprobar la distribución mediante la prueba de Shapiro-Wilk; las cualitativas, como frecuencias absolutas y porcentajes. De forma exploratoria, se compararon las variables demográficas, clínicas, funcionales, de fragilidad y relacionadas con el episodio índice entre pacientes con y sin reingreso a 90 días, empleando la prueba U de Mann-Whitney para las variables continuas y la prueba χ^2 o el test exacto de Fisher —según el tamaño esperado en cada casilla— para las categóricas. Se consideró significación estadística un valor de $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

El estudio fue desarrollado conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Clínica (n.º de protocolo 5605, acta CEIm 12/24, con fecha 20/06/2024).

Resultados

Hasta la fecha de finalización del estudio se registraron en la unidad de HaD 522 ingresos, de los cuales 41 —correspondientes a pacientes únicos— tuvieron como motivo principal la ICA (tabla 1). La mediana de edad fue de 91,5 años (RIC: 84,0-94,7) y el 61,0% eran mujeres. La mayoría de los pacientes presentaba plu-

Tabla 1

Características demográficas, epidemiológicas y clínicas de los pacientes incluidos en el estudio

Datos demográficos	
Sexo, femenino, n (%)	25 (60,98%)
Edad, mediana (RIC)	91,53 (84-94,7)
Comorbilidades	
Hipertensión arterial, n (%)	34 (82,93%)
Diabetes mellitus, n (%)	11 (26,83%)
IC previa, n (%)	25 (60,98%)
Cardiopatía isquémica, n (%)	6 (14,63%)
Fibrilación auricular, n (%)	25 (60,98%)
Patología respiratoria, n (%)	17 (41,46%)
ERC, n (%)	22 (53,66%)
Enfermedad cerebrovascular, n (%)	14 (34,15%)
Deterioro cognitivo, n (%)	12 (29,27%)
Pluripatología, n (%)	40 (97,56%)
Polifarmacia, n (%)	39 (95,12%)
Índice de Charlson, mediana (RIC)	7 (6-9)
Situación funcional previa	
Barthel basal, mediana (RIC)	65 (40-85)
FRAIL basal, mediana (RIC)	0,36 (0,2-0,40)
Ingresos por IC 12 meses previos, n (%)	12 (29,27%)
Síndromes geriátricos previos	
Caídas 6 meses previos, n (%)	14 (34,15%)
Úlceras por presión, n (%)	5 (12,20%)
Disfagia, n (%)	9 (21,95%)
Inmovilidad, n (%)	14 (34,15%)
Trastornos del ánimo, n (%)	6 (14,63%)
Estreñimiento, n (%)	7 (17,07%)
Síndrome confusional, n (%)	8 (19,51%)
Características previas de la IC	
Cardiopatía estructural:	
Hipertensiva	22 (53,66%)
Isquémica	2 (4,88%)
Valvular	8 (19,51%)
Mixta	9 (21,95%)
FEVI < 45%	5 (12,20%)
NT-proBNP, mediana (RIC)	3654 (1299-7158)
CA-125, mediana (RIC)	62,3 (30,7-156)

CA-125: antígeno carbohidrato 125; ERC: enfermedad renal crónica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; FRAIL-VIG: índice de fragilidad; IC: insuficiencia cardíaca; NT-proBNP: fracción aminoterminal del péptido natriurético tipo B; RIC: rango intercuartílico.

ripatología (97,6%; n=40) y polifarmacia (95,1%; n=39), con una mediana de puntuación en el índice de Charlson de 7 puntos (RIC: 6-9). Respecto al estado funcional, la mediana del índice de Barthel fue de 65 puntos (RIC: 40-85), y el índice FRAIL-VIG mostró una mediana de 0,36 (RIC: 0,20-0,40). En cuanto a la modalidad de ingreso en HaD, el 34,1% (n=14) de los pacientes fueron incluidos directamente desde urgencias o consultas Externas (evitación de ingreso); el 31,7% (n=13), como alta precoz de HC, y el 34,1% restante (n=14), como acortamiento de estancia. La mediana de estancia en HaD fue de 7 días (RIC: 5-12).

En relación con los factores desencadenantes de la descompensación, la causa más frecuentemente identificada fue un proceso infeccioso en el 39,0% (n=16). Desde el punto de vista etiológico, la forma más frecuente de cardiopatía fue la hipertensiva (53,7%; n=22), con FEVI preservada o ligeramente reducida ($\geq 45\%$) en el 87,8% (n=36).

Durante el ingreso en HaD, 11 pacientes (26,8%) presentaron al menos una complicación clínica. De ellas, 4 (9,8%) se consideraron directamente relacionadas con la ICA y las 7 restantes (17,0%) correspondieron a complicaciones no atribuibles a la ICA, detalladas en la [tabla 2](#). Cuatro pacientes (9,8%) precisaron derivación a hospitalización convencional durante el episodio domiciliario: uno (2,4%) por descompensación de la ICA y los tres restantes por causas no cardiológicas (hemorragia digestiva baja, diverticulitis y peritonitis). Dichas derivaciones, analizadas separadamente de los

Tabla 2

Complicaciones durante el ingreso y al alta

Complicaciones, n (%)	11 (26,8)
Atribuibles a ICA	4 (9,8)
No atribuibles a ICA, causas:	7 (17,0)
Hemorragia digestiva baja	1 (2,4)
Hiper glucemia esteroidea	1 (2,4)
Caída con TCE	1 (2,4)
RAO	1 (2,4)
Síncope	1 (2,4)
Celulitis	1 (2,4)
Diverticulitis	1 (2,4)
Derivaciones a HC	4 (9,8)
Derivaciones a HC atribuibles a ICA	1 (2,4)
Síndromes geriátricos, n (%)	
Caídas	4 (9,8)
Delirium	3 (7,3)
Inmovilidad	1 (2,4)
Infección nosocomial	1 (2,4)
Reingresos, n (%)	
A los 30 días	6 (14,6)
A los 90 días	15 (36,6)
Mortalidad, n (%)	
Durante el ingreso	0 (0)
Mortalidad global a 90 días	15 (36,6)
Mortalidad atribuible a ICA a 90 días	4 (9,8)
Mortalidad no atribuible a ICA a 90 días, causas:	11 (26,9)
Fracaso multiorgánico	2 (4,8)
Colitis isquémica	1 (2,4)
Desconocida	5 (12)
Neumonía bilateral	1 (2,4)
Sepsis cutánea	2 (4,8)

HC: hospitalización convencional; ICA: insuficiencia cardíaca agudizada; RAO: retención aguda de orina; TCE: traumatismo craneoencefálico.

reingresos post-alta, tuvieron lugar durante el episodio de HaD. No se documentó ningún fallecimiento durante el ingreso en HaD.

En el seguimiento a 90 días tras el alta, 6 pacientes (14,6%) reingresaron durante los primeros 30 días y 9 adicionales (22,0%) entre los días 31 y 90, con un total acumulado de 15 reingresos (36,6%). La mortalidad global a 90 días fue del 36,6% (n=15): 4 de estos fallecimientos (9,8%) se atribuyeron directamente a la ICA y los 11 restantes (26,8%) a causas distintas de la ICA, no categorizadas de forma sistemática en el registro ([tabla 2](#)). En el análisis comparativo exploratorio entre pacientes con y sin reingreso a los 90 días no se identificaron diferencias estadísticamente significativas en edad, sexo, comorbilidad, situación funcional, fragilidad, ingresos previos por IC ni en las variables relacionadas con el episodio índice.

Discusión

El presente estudio aporta evidencia cercana a la realidad clínica sobre la experiencia de un programa de HaD en el abordaje de pacientes con ICA en un perfil poblacional caracterizado por una edad muy avanzada, elevada carga de comorbilidad y fragilidad funcional. La mediana de edad de la cohorte —91,5 años— sitúa a esta población entre las más longevas descritas en la literatura. La mayoría de los pacientes presentaban un grado de dependencia moderado (mediana de Barthel de 65), comorbilidad marcada (mediana del índice de Charlson de 7) y fragilidad moderada (mediana de escala FRAIL-VIG de 0,36). Este perfil clínico de pacientes de alta complejidad y fragilidad refuerza el papel de la HaD como recurso asistencial útil en el contexto de modelos de atención integral a la cronicidad¹².

Otro factor relevante es la aparición de complicaciones, entre las que destacan los síndromes geriátricos, durante el ingreso. Si bien los estudios comparativos entre HaD y HC no incluyeron la aparición de síndromes geriátricos, la menor aparición de estos en nuestra cohorte sugiere que el modelo de HaD es seguro en

pacientes de edad avanzada y con fragilidad moderada⁴⁻⁶. Hay que destacar que, aunque dichas complicaciones son numéricamente inferiores en comparación con la HC, los resultados hay que interpretarlos con cautela, dado que el presente estudio no incluye un grupo control de HC.

A pesar de los buenos resultados obtenidos durante el ingreso, donde la tasa de complicaciones relacionada con la ICA fue del 9,8%, la tasa de reingresos a 90 días fue del 36,6%, similar a la descrita en la bibliografía de IC en HC, si bien se trata de una comparación indirecta¹³. Además, en nuestro estudio no se identificaron predictores estadísticamente significativos de reingreso. Este resultado debe interpretarse con prudencia, dado el carácter exploratorio del análisis y la limitada potencia estadística derivada del tamaño muestral reducido.

La mortalidad global a 90 días observada en nuestra cohorte fue elevada, lo cual debe interpretarse en el contexto de una población especialmente añosa y con alta carga de comorbilidad. No obstante, un hallazgo relevante y escasamente analizado en la literatura es que la mortalidad atribuible directamente a la IC fue baja (9,8%). Este dato plantea la hipótesis, clínicamente plausible y coherente con lo descrito en poblaciones comparables, de que una proporción relevante de los fallecimientos podría reflejar no tanto el impacto directo del episodio de ICA, sino la progresión global de la fragilidad y la acumulación de comorbilidades propias de una población muy anciana y pluripatológica; de hecho, nuestra cohorte presentaba una carga de comorbilidad elevada (mediana de Charlson de 7) y fragilidad moderada (mediana de FRAIL-VIG de 0,36). La aparente discrepancia entre la baja tasa de complicaciones durante la HaD, la escasa necesidad de derivación a HC y la ausencia de fallecimientos durante el episodio asistencial, frente a la elevada mortalidad observada a los 90 días, probablemente refleja que ambos desenlaces responden a dimensiones clínicas distintas. Los buenos resultados apoyan la seguridad y la factibilidad de la HaD en pacientes cuidadosamente seleccionados y clínicamente estabilizados para manejo domiciliario. Sin embargo, la elevada mortalidad a medio plazo parece estar más relacionada con la vulnerabilidad basal de la cohorte que con la evolución inmediata del episodio índice, dado que se trata de una población de edad muy avanzada, con alta carga de comorbilidad, dependencia funcional y fragilidad^{12,14}. Habría sido de interés complementar esta caracterización con un índice pronóstico específico, como el score EFFECT¹⁵, pero en nuestro estudio la recogida de datos no incluyó de manera sistemática todas las variables necesarias. Esta limitación debe tenerse en cuenta al interpretar los resultados y refuerza la necesidad de futuros estudios que incorporen de forma protocolizada herramientas pronósticas validadas para una mejor estratificación del riesgo en este perfil de pacientes.

Otras limitaciones de este estudio serían el tamaño muestral reducido —que condiciona la potencia estadística de los análisis comparativos y obliga a interpretar la ausencia de diferencias significativas con cautela—, su carácter unicéntrico y la ausencia de un grupo control en HC. Asimismo, no se incluyeron variables relacionadas con la calidad de vida, la sobrecarga del cuidador o la satisfacción del paciente, aspectos cada vez más relevantes en el manejo de pacientes crónicos complejos. Además, la cohorte incluyó pacientes atendidos en distintos escenarios asistenciales dentro del modelo HaD (evitación de ingreso, alta precoz y acortamiento de estancia), lo que introduce heterogeneidad clínica y limita la posibilidad de realizar análisis comparativos entre subgrupos.

Conclusiones

Nuestros resultados, de carácter descriptivo y obtenidos en una cohorte unicéntrica de pacientes muy ancianos con ICA, alta comorbilidad y fragilidad moderada —un perfil poblacional poco representado en la literatura pero cada vez más frecuente en la práctica clínica—, sugieren que la HaD es una estrategia factible y aparentemente segura en este contexto. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que la HaD puede constituir una alternativa razonable a la hospitalización convencional en pacientes cuidadosamente seleccionados, si bien se requieren estudios controlados y con mayor tamaño muestral para confirmar su seguridad, su eficacia y su utilidad clínica.

A pesar de los buenos resultados clínicos durante la HaD, la elevada tasa de reingresos y mortalidad a 90 días evidencia la gran vulnerabilidad de estos pacientes, lo que sugiere la necesidad de implementar estrategias más intensivas de seguimiento y transición asistencial tras el alta.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Consideraciones éticas

El estudio se desarrolló conforme a los principios de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario de La Princesa (n.º de protocolo 5605, acta CEIm 12/24). El manuscrito se ha redactado de acuerdo con las recomendaciones STROBE para estudios observacionales.

Contribución de los autores

Concepción y diseño del manuscrito: Eva María Fernández Bermejo, Ángela Sánchez Juez, Pablo Rodríguez Cortés.

Recogida de datos: Eva María Fernández Bermejo, Ángela Sánchez Juez, Victoria Gutiérrez Gómez-Lus, Saida Alonso Marrero, Pablo Rodríguez Cortés.

Análisis e interpretación de los datos: Eva María Fernández Bermejo, Ángela Sánchez Juez, Pablo Rodríguez Cortés, José Curbelo.

Redacción, revisión, aprobación del manuscrito remitido: Eva María Fernández Bermejo, Ángela Sánchez Juez, Victoria Gutiérrez Gómez-Lus, Saida Alonso Marrero, José Curbelo, Pablo Rodríguez Cortés.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Además del agradecimiento a todos los autores del artículo, agradecemos la colaboración en la recogida y análisis de datos a Elena Arranz Canales, Alexia Constanza Espiño, Fernando Ruiz Berraco y Jaime Bustos Carpio; también al equipo de enfermería de la Unidad de Hospitalización a Domicilio: Marta Fernández Rico,

Maria del Mar Amor Moncada, Elena García del Rey, Natalia Gala Amaro

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.regg.2026.101811](https://doi.org/10.1016/j.regg.2026.101811).

Bibliografía

- Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart*. 2007;93:1137–46.
- Gil V, Martí H, López C, Orozco D, González-Mestre MA. Mortalidad, reingresos y características clínicas de los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:700–5.
- Méndez-Bailón M, Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Comín-Colet J, Esteban-Hernández J, de Miguel-Díez J, et al. Significant and constant increase in hospitalization due to heart failure in Spain over 15 year period. *Eur J Intern Med*. 2019;64:48–56.
- Tibaldi V, Isaia G, Scarafioti C, Gariglio F, Zanolchi M, Bo M, et al. Hospital at home for elderly patients with acute decompensation of chronic heart failure: a prospective randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2009;169:1569–75.
- Mendoza H, Martín MJ, García A, Arós F, Aizpuru F, Regalado de los Cobos J, et al. 'Hospital at home' care model as an effective alternative in the management of decompensated chronic heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2009;11:1208–13.
- Qaddoura A, Yazdan-Ashoori P, Kabali C, Thabane L, Haynes RB, Connolly ST, et al. Efficacy of hospital at home in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10:e0129282.
- Achanta A, Wasfy JH, Moss CT, Cherukara A, Ho D, Boxer R, et al. Home hospital outcomes for acute decompensated heart failure and factors associated with escalation of care. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2024;17:e010031.
- Haywood HB, Fonarow GC, Khan MS, van Spall HGC, Morris AA, Nassif ME, et al. Hospital at home as a treatment strategy for worsening heart failure. *Circ Heart Fail*. 2023;16:e010456.
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40:373–83.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61–5.
- Amblàs-Novellas J, Martori JC, Espauella J, Oller R, Molist-Brunet N, Inzitari M, et al. Frail-VIG index: a concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. *BMC Geriatr*. 2018;18:29.
- Formiga F, Chivite D, Conde A, Ruiz-Laiglesia F, González Franco A, Pérez Bocanegra C, et al. Basal functional status predicts three-month mortality after a heart failure hospitalization in elderly patients: the prospective RICA study. *Int J Cardiol*. 2014;172:127–31.
- Khan MS, Sreenivasan J, Lateef N, Abougergi MS, Greene SJ, Ahmad T, et al. Trends in 30- and 90-day readmission rates for heart failure. *Circ Heart Fail*. 2021;14:e008335.
- Huerta-Preciado J, Franco J, Formiga F, Iborra PL, Epelde F, FrancoF A.G., et al. Differential characteristics of acute heart failure in very elderly patients: the prospective RICA study. *Aging Clin Exp Res*. 2020;32:1789–99.
- Lee DS, Austin PC, Rouleau JL, Liu PP, Naimark D, Tu JV. Predicting mortality among patients hospitalized for heart failure: derivation and validation of a clinical model. *JAMA*. 2003;290:2581–7.