



6101-7. EFECTO DE LA MHEALTH EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PERIODO TRANSICIONAL POST ALTA EN FUNCIÓN DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO: SUBANÁLISIS DEL ENSAYO CLÍNICO MULTICÉNTRICO, ALEATORIZADO Y CONTROLADO HERMES

Alexandra Pons Riverola¹, Sergi Yun Viladomat¹, Pedro Moliner Borja¹, Marta Cobo Marcos², Pau Llácer Iborra³, José Manuel García Pinilla⁴, Álvaro González Franco⁵, José Luis Morales Rull⁶, Elena García Romero¹, Julio Núñez Villota⁷, Coral Fernández Solana¹, Silvia Jovells Vaqué¹, Míriam Corbella Santano¹, Cristina Enjuanes Grau¹ y Josep Comín Colet¹

¹Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España, ²Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España, ³Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España, ⁴Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España, ⁵Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), España, ⁶Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España y ⁷Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Recientemente algunos estudios han demostrado el impacto de añadir soluciones digitales (como la mHealth) en los programas de atención a la insuficiencia cardiaca (IC), pero se desconoce si esta eficacia se mantiene en los diferentes grupos de fracción de eyección (FE). El objetivo de este análisis es evaluar la eficacia de una intervención basada en mHealth según los tres grupos de fracción de eyección (preservada (ICFEp), ligeramente reducida (ICFElr) y reducida (ICFEr)), y compararlo con el seguimiento médico convencional (UC).

Métodos: Diseñamos un análisis *post hoc* del Heart failure Events reduction with Remote Monitoring and eHealth Support (HERMeS) centrándonos en los resultados en función de la FE basal. HERMeS es un ensayo clínico multicéntrico, controlado, abierto y con adjudicación ciega de eventos clínicos realizado en diez centros del Estado español, que combinaba telemonitorización y teleintervención con videoconferencia utilizando mHealth en pacientes con IC tras un ingreso reciente por descompensación. Los pacientes fueron aleatorizados a mHealth o UC tras el alta hospitalaria y se realizó un seguimiento durante 6 meses. El objetivo primario de nuestro estudio fue el combinado de muerte cardiovascular (CV) o descompensación de IC (tiempo hasta el primer evento) tras 6 meses de seguimiento en función de la FE del ventrículo izquierdo basal.

Resultados: Se analizaron 506 pacientes (255 TM y 251 UC). La edad media de los pacientes fue 73 ± 13 años y el 41% eran mujeres. El 45% tenían ICFEr, el 13% ICFElr y el 42% ICFEp. En los tres subgrupos según FE se evidenció beneficio de la mHealth independiente al valor basal de FE (p-valor de interacción $> 0,05$), siendo el grupo que más se benefició el de los pacientes con ICFEr. Únicamente en el grupo de ICFElr, la diferencia entre mHealth y UC no fue estadísticamente significativa, a pesar de observarse una tendencia en la reducción de eventos con la mHealth.

Evento primario y secundarios según grupo de tratamiento y subgrupos según fracción de eyección									
	mHealth (n = 255)			Usual Care (n = 251)					
	Eventos totales	Pacientes con evento (%)	Eventos/100 paciente-año	Total eventos	Pacientes con evento (%)	Eventos/100 pacientes-año	HR (IC95%)	p	p-value inter
Evento primario									
Muerte CV o descompensación de IC									
FEV _{Ir}	14	12,61	26,92	37	37,52	13,00	0,38 (0,21-0,71)	0,003	0,63
FEV _I _{Ir}	7	18,92	41,79	10	4,43	0,46	0,48 (0,17-1,35)	0,166	
FEV _I _p	22	20,56	45,83	55	51,38	0,00	0,31 (0,19-0,51)	0,000	
Eventos secundarios									
Descompensación de IC									
FEV _{Ir}	12	10,81	22,86	37	37,52	0,00	0,32 (0,17-0,629)	0,001	0,65

FEVIlr	6	16,22	35,29	9	37,03	1,037	0,439	0,46 (0,15-1,39)	0,170
FEVIp	18	16,82	36,73	53	51,35	0,030	0,000	0,26 (0,15-0,45)	0,000

Muerte CV

FEVIlr	4	3,60	7,34	6	5,10	0,53	0,527	0,83 (0,23-2,97)	0,778	0,34
FEVIlr	1	2,70	5,48	2	6,90	0,29	0,564	0,55 (0,03-9,35)	0,681	
FEVIp	5	4,67	9,57	12	12,42	0,090	0,090	0,36 (0,13-1,03)	0,057	

Hospitalización CV

FEVIlr	13	11,71	24,88	19	16,23	0,289	0,77 (0,37-1,57)	0,467	0,04
FEVIlr	6	16,22	35,29	7	24,49	0,782	0,64 (0,19-2,16)	0,476	
FEVIp	10	9,35	19,61	32	37,49	0,001	0,26 (0,12-0,52)	0,000	

FEVlr: fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida; FEVlIr: fracción de eyección del ventrículo izquierdo ligeramente reducida; FEVIp: fracción de eyección del ventrículo izquierdo preservada; CV: cardiovascular; IC: insuficiencia cardiaca.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Curva de Kaplan-Meier para el evento primario en función del grupo del tratamiento y de la fracción de eyección.

Conclusiones: La integración de la mHealth en los programas de IC es efectiva para la reducción de eventos CV fatales y no fatales en todos los grupos de IC, independientemente de la FE.