



6057-437. EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE INSUFICIENCIA CARDIACA BASADOS EN LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR E INTEGRADA EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS: ¿LA COMPLEJIDAD AFECTA LOS RESULTADOS?

Joan Vime Jubany¹, Lidia Alcoberro Torres¹, Cristina Enjuanes Grau¹, Santiago Jiménez Marrero¹, Alberto Garay Melero¹, Sergi Yun Viladomat¹, Pedro Moliner Borja¹, Encarnació Hidalgo Quirós¹, Ester Calero Molina¹, Elena Collado Lledó¹, María Ruiz Cueto¹, Carmen Guerrero Morales¹, Laia Alcober Morte², Cristina Delso Gafarot² y Josep Comín-Colet¹

¹Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ²SAP Delta, El Prat de Llobregat (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: El modelo de atención crónica identifica a pacientes crónicos complejos (PCC) como aquellos con múltiples afecciones crónicas, alta mortalidad y morbilidad, uso elevado de recursos médicos y alto coste sanitario. Los programas de insuficiencia cardiaca (IC) son efectivos para reducir los eventos adversos en poblaciones no seleccionadas de pacientes. Sin embargo, su eficacia en los PCC no ha sido explorada. Se pretende explorar la eficacia de un programa de IC completamente dirigido por enfermería en los PCC con IC en comparación con la atención habitual (AH).

Métodos: Se evaluaron a todos los pacientes dados de alta del hospital con insuficiencia cardiaca como diagnóstico principal entre enero de 2017 y enero de 2019, comparando los resultados entre los pacientes dados de alta durante el Período #1 (enero de 2017 a agosto de 2017, antes del programa) y aquellos dados de alta durante el Período #2 (septiembre-2017-enero-2019, programa de IC). Se exploró la interacción entre grupo de complejidad (PCC vs no-PCC) por la modalidad de intervención (programa de IC vs AH) en términos de resultados. El endpoint primario fue un combinado de mortalidad por cualquier causa u hospitalización por cualquier causa a los 6 meses tras el alta.

Resultados: Se incluyeron 440 pacientes: 191 PCC y 249 no-PCC. La edad media fue: 75 ± 9 años. En los PCC, no se encontraron diferencias en las características basales entre el subgrupo de AH (73 en el período 1) y el del programa de IC (118 en el período 2), incluyendo la edad, Hb, FEVI, TFGe, NT-proBNP o índice de complejidad. El reingreso por IC a los 180 días se redujo significativamente en la grupo programa en comparación con el grupo de AH en ambos estratos de complejidad: subgrupo no-PCC (6% frente a 26%; $p = 0,001$) y subgrupo PCC (18 vs 50%; $p = 0,001$). El manejo de los pacientes en el programa de IC se asoció significativamente con una reducción en el riesgo del endpoint primario (HR 0,48; IC95% [0,31-0,74]; $p = 0,001$).

Resultados

no PCC

PCC

Endpoint	HR (IdC)	p	HR (IdC)	p	P- interacción
Mortalidad por cualquier causa u hospitalización por cualquier causa	0,46 (0,23-0,92)	0,029	0,41 (0,26-0,66)	0,001	0,553
Hospitalización por insuficiencia cardíaca	0,17 (0,08-0,41)	0,001	0,29 (0,17-0,50)	0,001	0,562
Hospitalización cardiovascular	0,23 (0,10-0,51)	0,01	0,32 (0,19-0,53)	0,001	0,732
Hospitalización por cualquier causa	0,47 (0,24-0,95)	0,035	0,40 (0,25-0,64)	0,001	0,572
Mortalidad por cualquier causa	0,03 (0,00-100)	0,748	0,36 (0,02-7,82)	0,519	0,758
Mortalidad por cualquier causa u hospitalización por cardiovascular	0,31 (0,14-0,67)	0,003	0,33 (0,20-0,55)	0,001	0,884
Mortalidad por cualquier causa u hospitalización por insuficiencia cardíaca	0,24 (0,10-0,54)	0,001	0,30 (0,18-0,52)	0,001	0,723

HR: hazard ratio; IdC: intervalo de confianza.



Eficacia en PCC del programa de IC vs AH.

Conclusiones: Un programa de IC basado en la atención integrada totalmente dirigido por enfermería se asocia a la disminución del endpoint combinado de mortalidad por cualquier causa u hospitalización por cualquier causa a los 6 meses en ambos subgrupos, PCC y no-PCC. Los PCC incluidos en este programa parecen obtener un beneficio similar al de los pacientes no complejos.