



## 5020-12. EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INSUFICIENCIA CARDIACA COMUNITARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA MODERADA Y AVANZADA

Lidia Alcoberro Torres<sup>1</sup>, Joan Vime Jubany<sup>1</sup>, Cristina Enjuanes Grau<sup>1</sup>, Santiago Jiménez Marrero<sup>1</sup>, Alberto Garay Melero<sup>1</sup>, Sergi Yun Viladomat<sup>1</sup>, Pedro Moliner Borja<sup>1</sup>, Encarnació Hidalgo Quirós<sup>1</sup>, Ester Calero Molina<sup>1</sup>, Laia Rosenfeld Vilalta<sup>1</sup>, Inmaculada Fernández Tomás<sup>1</sup>, Carmen Guerrero Morales<sup>1</sup>, Laia Alcober Morte<sup>2</sup>, Cristina Delso Gafarot<sup>2</sup> y Josep Comín-Colet<sup>1</sup>

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

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los programas de insuficiencia cardiaca (IC) disminuyen los eventos adversos en pacientes con dicha patología. Su eficacia en el subgrupo de pacientes con IC e insuficiencia renal crónica (IRC), especialmente aquellos con IRC avanzada, no ha sido completamente estudiada. El objetivo de este estudio fue explorar la efectividad de un programa de IC comunitaria en pacientes con IC e IRC moderada (estadio III) o avanzada (estadios IV o V), comparado con los cuidados habituales.

**Métodos:** Evaluamos a todos los pacientes dados de alta del hospital con IC como diagnóstico principal entre enero 2017 y enero 2019. Comparamos los resultados del Período 1 (pre-programa; enero'17-agosto'17) con los del Período 2 (programa; septiembre'17-enero'19). Los estadios de IRC se definieron acorde con la clasificación en base al filtrado glomerular de la National Kidney Foundation. Se investigó la interacción de IRC versus no IRC en función del período y el objetivo principal fue un combinado de muerte u hospitalización por cualquier causa a los 6 meses.

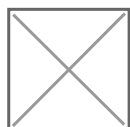
**Resultados:** Se incluyeron 440 pacientes: 143 (33%) sin IRC, 297 (67%) con IRC: de ellos 214 estadio III, 71 IV y 9 estadio V. La edad media fue  $75 \pm 9$  años y los 2 grupos tenían características basales similares. Los reingresos por cualquier causa a 30 días se redujeron significativamente en el Período 2 en ambos subgrupos de pacientes: sin IRC (3 vs 12%;  $p = 0,043$ ) y con IRC (9 vs 20%;  $p = 0,017$ ). En la población con IRC, la inclusión en un programa de IC comunitaria se asoció significativamente a una reducción del riesgo del objetivo principal [HR 0,36 (0,25-0,53)  $p = 0,001$ ]. Resultados similares se observaron al restringir el análisis a pacientes con IRC estadio III [HR 0,36 (0,23-0,57)  $p = 0,001$ ] o IV/V [HR 0,39 (0,19-0,80)  $p = 0,010$ ].

Impacto de la participación en programa de IC versus cuidados habituales en los objetivos principales y secundarios en pacientes con IRC

| No IRC | IRC | IRC<br>estadio<br>III | IRC<br>estadio<br>IV o V |
|--------|-----|-----------------------|--------------------------|
|--------|-----|-----------------------|--------------------------|

| Objetivo principal                             | *HR (95% IdC)    | p      | *HR (95% IdC)    | p     | †p interacción | *HR (95% IdC)    | p     | *HR (95% IdC)     | p     | **p interacción |
|------------------------------------------------|------------------|--------|------------------|-------|----------------|------------------|-------|-------------------|-------|-----------------|
| Mortalidad total e ingreso por cualquier causa | 0,80 (0,34-1,85) | 0,5995 | 0,31 (0,21-0,47) | 0,001 | 0,105          | 0,34 (0,21-0,55) | 0,001 | 0,18 (0,08-0,45)  | 0,001 | 0,04            |
| Objetivos secundarios                          |                  |        |                  |       |                |                  |       |                   |       |                 |
| Ingreso IC                                     | 0,49 (0,18-1,30) | 0,152  | 0,18 (0,11-0,30) | 0,001 | 0,301          | 0,18 (0,10-0,34) | 0,001 | 0,09 (0,03-0,28)  | 0,001 | 0,267           |
| Ingreso CV                                     | 0,54 (0,21-1,42) | 0,215  | 0,21 (0,13-0,34) | 0,001 | 0,253          | 0,22 (0,13-0,39) | 0,001 | 0,11 (0,04-0,33)  | 0,001 | 0,176           |
| Ingreso por cualquier causa                    | 0,79 (0,34-1,85) | 0,599  | 0,31 (0,20-0,48) | 0,001 | 0,093          | 0,35 (0,21-0,56) | 0,001 | 0,18 (0,07-0,43)  | 0,001 | 0,045           |
| Mortalidad total                               | x (3 eventos)    | x      | 1,02 (0,05-21,8) | 0,989 | 0,419          | x (6 eventos)    | x     | x (4 eventos)     | x     | 0,711           |
| Mortalidad total o ingreso CV                  | 0,46 (0,18-1,19) | 0,108  | 0,22 (0,14-0,36) | 0,001 | 0,202          | 0,23 (0,13-0,40) | 0,001 | 0,12 (0,34-0,50)  | 0,001 | 0,112           |
| Mortalidad total o ingreso IC                  | 0,53 (0,21-1,36) | 0,189  | 0,19 (0,11-0,32) | 0,001 | 0,241          | 0,19 (0,10-0,35) | 0,001 | 0,10 (0,03-0,301) | 0,001 | 0,175           |

IC: insuficiencia cardíaca; IRC: insuficiencia renal crónica; CV: cardiovascular; HR: hazard ratio; IdC: intervalo de confianza.



Efectividad del programa de IC en pacientes con IRC.

**Conclusiones:** En pacientes con IC e IRC, la participación en un programa de IC reduce el combinado de muerte u hospitalización por cualquier causa. Dicho beneficio es similar o incluso superior al que obtienen los pacientes con IC sin IRC.