



## 4044-2. EFICACIA DE UN PROGRAMA INTEGRADO HOSPITAL-ATENCIÓN PRIMARIA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA: ANÁLISIS POBLACIONAL EN 56.742 PACIENTES ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2011

Josep Comín Colet<sup>1</sup>, José María Verdú Rotellar<sup>2</sup>, Emili Vela Vallespín<sup>3</sup>, Montserrat Cleries Escayola<sup>3</sup>, Montserrat Bustins Poblet<sup>3</sup>, Lola Mendoza García de Paredes<sup>4</sup>, Neus Badosa Marce<sup>1</sup> y Jordi Bruguera-Cortada<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital del Mar, Barcelona, <sup>2</sup>CAP Sant Martí, Barcelona, <sup>3</sup>Departament de Salut, Barcelona y <sup>4</sup>CAP Poble Nou, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** Los programas de insuficiencia cardiaca (IC) han demostrado su eficacia en ensayos controlados aleatorios. Sin embargo, la aplicabilidad de estos modelos a la práctica real ha mostrado resultados controvertidos.

**Objetivos y métodos:** Evaluar la eficacia en un entorno de práctica real de un programa de gestión de pacientes con IC de base multidisciplinar, integrando los recursos hospitalarios y comunitarios (PIIC) implantado en un área sanitaria integral urbana de 310.000 habitantes. Se compara el impacto poblacional en términos de mortalidad y reingresos entre los pacientes expuestos a ese programa y todos los pacientes del resto de áreas integrales de salud del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) como grupo control en el periodo 2005-2011.

**Resultados:** En el conjunto de 56.742 pacientes (2.083 en el PIIC y 54.659 en el resto de áreas) incluidos se registraron 84.994 hospitalizaciones y 30.594 defunciones. En análisis crudos, los pacientes expuestos al PIIC tuvieron menor tasa de reingresos (39 vs 50%;  $p < 0,0001$ ) y una menor tasa de mortalidad (50% vs 54%;  $p < 0,0001$ ). En un análisis multivariado de Cox ajustado por covariables los pacientes seguidos en el PIIC tuvieron una menor riesgo de muerte por todas las causas (HR: 0,92 [0,86-0,97];  $p = 0,005$ ), menor riesgo de reingreso clínicamente relacionado (HR: 0,71 [0,66-0,76];  $p < 0,001$ ) y menor riesgo de rehospitalización por IC (HR: 0,86, [0,80-0,94];  $p < 0,001$ ). En un análisis por separado del periodo inicial del PIIC (2005-2007) respecto al periodo de consolidación (2008-2011), se observó que el seguimiento en el PIIC tuvo un efecto neutro en el riesgo ajustado de mortalidad (HR: 0,94 [0,87-1,02]) y reingreso por IC (HR: 0,91 [0,82-1,01]) en el periodo inicial mientras que en el periodo de consolidación la reducción de riesgo ajustado de mortalidad (HR: 0,88 [0,79-0,97]) y reingreso por IC (HR: 0,82 [0,72-0,92]) fueron significativas (ambas  $p < 0,05$ ). La reducción del riesgo ajustado de reingreso clínicamente relacionado (fig.) en los pacientes del PIIC fue significativa en ambos periodos ( $p < 0,001$ ).



**Figura.** Probabilidad ajustada de reingreso (Cox) por periodos.

**Conclusiones:** Los programas de gestión de la IC multidisciplinarios que integran hospital-comunidad son factibles y se asocian a una reducción significativa de la mortalidad y los reingresos. Estos beneficios son

visibles a corto plazo y mejoran tras la consolidación del programa.