



4027-2. EFECTO SOBRE LA MORTALIDAD Y LA HOSPITALIZACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA TERRITORIAL TRANSICIONAL INTEGRANDO HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA ATENCIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA: ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL EN 77,554 PACIENTES

Josep Comín Colet¹, Cristina Capdevila¹, Emili Vela², Montse Clèries², Coral Fernández³, Laia Alcober Morte⁴, Esther Calero Molina¹, Encarnació Hidalgo Quirós¹, Núria José Bazan¹, Pedro Moliner Borja¹, Marta Ruiz¹, Sergi Yun Viladomat¹, Santiago Jiménez Marrero¹, Alberto Garay Melero¹ y Cristina Enjuanes Grau¹

¹Hospital Universitari de Bellvitge (IDIBELL), Hospitalet de Llobregat (Barcelona), ²Sistemas de Información CatSalut y DS3 (IDIBELL), Barcelona, ³SAP Delta del Llobregat (ICS) y ⁴SAP Delta del Llobregat (ICS) e IDIAP, Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: La eficacia de los programas de insuficiencia cardiaca (IC) se ha demostrado en ensayos clínicos, pero su aplicabilidad en el entorno de la práctica del mundo real es más controvertida. El propósito de este estudio fue evaluar la eficacia de un programa integrado hospital-atención primaria para el manejo de pacientes con insuficiencia cardiaca en un área de salud integrada que cubre una población de 209.255.

Métodos: Implementamos un programa integral de IC y definimos 3 períodos: preimplementación (años 2015 y 2016), período de transición (año 2017) y período de consolidación (años 2018 y 2019). Diseñamos una evaluación pragmática de base poblacional (experimento natural). Se incluyeron todas las personas hospitalizadas consecutivamente en Cataluña con al menos un código CIE-9-MC para IC como diagnóstico principal y dadas de alta vivas entre el 1/1/2015 y el 31/12/2019. La eficacia de la implantación del programa se midió a dos niveles: primero, comparando los resultados entre periodos de los pacientes expuestos al programa integrado tomando como periodo de referencia 2015-2016 y, segundo, comparando los resultados entre pacientes del área de implementación con pacientes del resto de áreas de Cataluña a lo largo de los 3 periodos.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 77.554 pacientes: 3.396 expuestos al área sanitaria de implementación y 74.158 expuestos al resto de áreas sanitarias de Cataluña. Los modelos ajustados de Cox mostraron una reducción significativa (todos los valores de $p < 0,001$) del cociente de riesgo de muerte por todas las causas (5%), hospitalización clínicamente relacionada (13%) y hospitalización por IC (14%) en el período de consolidación comparado con el de preimplementación. Del mismo modo, en el periodo de consolidación, el cociente de riesgo de mortalidad, reingreso clínicamente relacionado y rehospitalización por IC se redujo significativamente (todos los valores de $p < 0,025$) en un 19%, 11% y 16%, respectivamente, entre los pacientes expuestos al nuevo programa en comparación con los pacientes del resto de zonas de Cataluña.

Análisis de riesgos proporcionales multivariados (ajustados) de Cox por periodos

Área de implementación vs Área de implementación durante el período previo a la implementación (2015-2016, referencia), Área de implantación vs resto de áreas en cada periodo

Mortalidad

Periodo	HR	IC95%	HR	IC95%	p
2015-2016	1	–	0,929	0,873-0,988	0,020
2017	0,93	0,905-0,955	0,913	0,821-1,016	0,096
2018-2019	0,949	0,925-0,975	0,812	0,723-0,912	0,001

Hospitalización clínicamente relacionada

Periodo	HR	IC95%	HR	IC95%	p
2015-2016	1	–	1,239	1,169-1,313	0,000
2017	0,895	0,873-0,918	1,18	1,075-1,295	0,000
2018-2019	0,87	0,851-0,891	0,886	0,805-0,976	0,014

Hospitalización por insuficiencia cardiaca

Periodo	HR	IC95%	HR	IC95%	p
2015-2016	1	–	1,361	1,275-1,452	0,001
2017	0,87	0,844-0,897	1,282	1,152-1,427	0,001
2018-2019	0,846	0,824-0,870	0,838	0,745-0,944	0,003



Hazard ratio (IC95%). Área de implementación vs resto de áreas.

Conclusiones: La implementación de programas multidisciplinarios de insuficiencia cardiaca de base territorial reduce la mortalidad y la hospitalización en pacientes con IC.