

Modelo de hospital a domicilio como una alternativa eficaz en el manejo de la insuficiencia cardíaca crónica descompensada

Mendoza H, Martín MJ, García A, Arós F, Aizpuru F, Regalado de los Cobos J, et al. 'Hospital at home' care model as an effective alternative in the management of decompensated chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2009;11:1208-3.

Objetivo: El modelo de «hospital a domicilio» (HaD) evita ingresos hospitalarios transfiriendo la atención y cuidados sanitarios necesarios al hogar del paciente. En este estudio se propuso comparar la eficacia y los costes sanitarios directos del tratamiento de pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca (IC) descompensada cuando se utiliza la atención en HaD frente a la hospitalización en una Unidad de Cardiología (HC).

Métodos y resultados: Ochenta pacientes con más de 65 años atendidos en el área de Urgencias con IC descompensada fueron asignados aleatoriamente a HC o a HaD. Todos los pacientes fueron seguidos durante un año. Setenta y un pacientes terminaron el estudio, de estos 34 fueron ingresados en cardiología y 37 recibieron cuidados en HaD. No se encontraron diferencias significativas en las características basales, incluyendo comorbilidad, situación funcional, y calidad de vida relacionada con la salud. La evolución clínica fue similar tras el episodio inicial y también al final de los 12 meses de seguimiento. La muerte o la readmisión debidas a IC o a otro acontecimiento cardiovascular ocurrió en 19 de los pacientes asignados a HC y en 20 de los aleatorizados a HaD ($p = 0,88$). Los cambios en la situación funcional y en la calidad de vida relacionada con la salud durante el período de seguimiento no fueron significativamente diferentes. El coste medio del ingreso inicial fue de 4.502 ± 2.153 € en HC y de 2.541 ± 1.334 € en HaD ($p < 0,001$). Tras los 12 meses de seguimiento, el gasto medio total fue de 4.619 ± 7.679 € y 3.425 ± 4.948 € ($p = 0,83$) respectivamente.

doi:10.1016/j.rce.2010.01.005

Metaanálisis de ensayos clínicos randomizados que evalúan la eficacia de las estatinas versus placebo en la insuficiencia cardíaca

Lipinski MJ, Cauthen CA, Biondi-Zoccai GL, Abbate A, Vrtovc B, Khan BV, Vetrovec GW. Meta-analysis of randomized controlled trials of statins versus placebo in patients with heart failure. *Am J Cardiol*. 2009;104:1708-16.

Conclusión: El modelo HaD permite una reducción importante en los costes durante el episodio índice inicial, en comparación con la atención hospitalaria, mientras que mantiene resultados similares en cuanto a la mortalidad y morbilidad cardiovasculares y la calidad de vida en el seguimiento a un año.

Comentario

Este trabajo evalúa la eficacia y los costes del tratamiento en régimen de HaD sin ingreso hospitalario previo de la insuficiencia cardíaca descompensada grado II y III de la New York Heart Association, y resulta de especial valor por su diseño prospectivo y aleatorizado. La eficacia en la respuesta clínica en HaD fue similar a la HC. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad por cualquier causa, ni en los reingresos debidos a IC, ni a otros eventos cardiovasculares entre ambos modelos asistenciales en el seguimiento a un año. Destaca la reducción en un 40% de los costes directos en HaD en comparación con los de la HC en el episodio índice a expensas principalmente del menor coste medio de la estancia (3.771 ± 1.912 € en HC vs. 1.991 ± 1.159 € en HaD, $p < 0,001$) pero también debido en parte a la realización de un menor número de pruebas complementarias en HaD (electrocardiogramas, ecocardiogramas, radiologías de tórax, pruebas analíticas, $p < 0,001$), a pesar de una mayor estancia media ($7,9 \pm 3$ días en HC vs. $10,9 \pm 5,9$ días en HaD, $p = 0,01$). Sin embargo los costes totales derivados del proceso asistencial global imputable a ambos modelos asistenciales no fueron distintos al final del año de seguimiento incluido en el estudio.

M. Mirón Rubio♦

Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España
Correo electrónico: mmiron.hj23.ics@gencat.cat

♦El autor es el Secretario del Grupo de Hospitalización a Domicilio y Telemedicina.

Antecedentes: Diversos estudios observacionales y pequeños ensayos clínicos habían sugerido que el tratamiento con estatinas se asociaba a mejores resultados de morbi-mortalidad en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Ensayos clínicos recientes y con mayor número de pacientes han obtenido resultados dispares.

Métodos: Metaanálisis de ensayos clínicos randomizados y controlados que comparan estatinas con placebo en pacientes con IC. Búsqueda sistemática por dos revisores independientes en Cochrane Central, clinicaltrials.gov y PubMed. Las variables resultado analizadas fueron mortalidad por todas las causas; mortalidad cardiovascular, muerte súbita o por arritmia; hospitalización por cualquier causa, por causa cardiovascular o por IC; reacciones adversas al tratamiento,

y cambios en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI).

Resultados: Tras aplicar los criterios de selección, finalmente se incluyeron diez ensayos clínicos en los que se utilizó rosuvastatina (10–40 mg), simvastatina (5–10 mg) o atorvastatina (10–40 mg), con un total de 10.192 pacientes randomizados y una duración media de 38 meses de seguimiento. El 78% eran hombres y la edad media fue de 69,2 años. Los resultados globales del uso de estatinas no demostraron reducción de mortalidad (*odds ratio* de 0,89; intervalo de confianza del 95% (IC₉₅): 0,72–1,10), pero sí un significativo descenso de la hospitalización por agravamiento de la IC (*odds ratio* de 0,67; IC₉₅: 0,50–0,90; $p = 0,008$). Sería necesario tratar a 52 pacientes durante 38 meses para evitar un ingreso. En los pacientes tratados con estatinas, la FEVI aumentó un 4,2% (IC₉₅: 1,3–7,1, $p = 0,004$). No se registró ningún aumento significativo de efectos adversos con el uso de estatinas. En un subanálisis, la atorvastatina disminuyó de forma significativa la mortalidad por cualquier causa y la hospitalización por IC; la atorvastatina y la simvastatina mejoraron la FEVI; por el contrario, la rosuvastatina no modificó de forma significativa ninguna de estas variables.

Conclusiones: Este metaanálisis de ensayos clínicos randomizados y controlados muestra que el tratamiento con estatinas en pacientes con IC es seguro, mejora la FEVI y disminuye los ingresos por agravamiento de la IC, pero no tiene efectos significativos sobre la mortalidad.

Comentario

Las estatinas son fármacos que han demostrado una gran utilidad en prevención primaria y secundaria de morbimortalidad cardiovascular. Su adición al tratamiento estándar de la IC podría tener también efectos favorables. El presente metaanálisis, con las limitaciones inherentes a este tipo de revisión sistemática, nos confirma algunos de estos efectos con mejoras en la morbilidad, y posiblemente en los costes, de estos pacientes. No obstante, abre otros interrogantes, como la presencia de posibles diferencias en los efectos de las distintas estatinas, que descartaría un efecto de clase de este grupo farmacológico en los pacientes con IC. Esto podría atribuirse al carácter lipofílico de la atorvastatina y la simvastatina frente al carácter hidrofílico de la rosuvastatina, que se traduce en una elevada captación por el cardiomiocito de las dos primeras y que es casi nula en el caso de la rosuvastatina. Finalmente, otra cuestión sin resolver es si la administración de dosis más altas de estatinas podría mejorar los resultados de morbimortalidad en la IC sin la aparición de efectos adversos.

O. Aramburu Bodas

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, Hospital

Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Correo electrónico: oscarab@ono.com