

Original

Evaluación de la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos

Jordi Coderch^{a,b,*}, Xavier Pérez-Berruezo^{a,b}, Inma Sánchez-Pérez^{a,b}, Elvira Sánchez^{a,b}, Pere Ibern^{a,c}, Marc Pérez^{a,b}, Marc Carreras^{a,b} y José M. Inoriza^{a,b}

^a Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats en Salut (GRESSIRES), Palamós (Girona), España

^b Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, Palamós (Girona), España

^c Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra, , Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de abril de 2016

Aceptado el 26 de julio de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Evaluación de programas

Recursos en salud

Enfermedad crónica

Anciano frágil

Morbilidad

Prestación integrada de atención de salud

Gestión de casos

Efectividad

R E S U M E N

Objetivo: Evaluar la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva para adecuar el uso de recursos sanitarios en pacientes crónicos complejos con riesgo de alto consumo según un modelo predictivo basado en morbilidad y utilización previa.

Métodos: Ensayo clínico controlado aleatorizado con grupo control enmascarado, grupo de intervención parcial informado en la historia clínica y grupo de intervención total informado además a atención primaria, en una organización sanitaria integrada con 128.281 residentes en 2011. Variables dependientes: visitas de atención primaria, urgencias hospitalarias, hospitalización, coste farmacéutico y muerte. Variables independientes: grupo de intervención, edad, sexo, área básica, morbilidad (según grupo de riesgo clínico) y recurrencia como paciente crónico complejo. Análisis bivariado con ANOVA y *t* de Student, y multivariado mediante regresión logística y regresión lineal múltiple, con un nivel de confianza del 95%.

Resultados: Se incluyeron 4.236 y 4.223 pacientes crónicos complejos en el primer y el segundo año de intervención, respectivamente. El 72% eran recurrentes. Edad media: 73,2 años. El 54,2% eran mujeres. Más del 70% tenían al menos dos enfermedades crónicas. El número de visitas a atención primaria fue significativamente mayor en el grupo de intervención total respecto al grupo de intervención parcial y el grupo control. La intervención solo tuvo un efecto significativo independiente en las estancias hospitalarias, que fueron menos en el grupo de intervención parcial. Este efecto diferencial se dio en el primer año y en los pacientes crónicos complejos nuevos del segundo año. Los indicadores asistenciales generales de la organización sanitaria integrada eran buenos, antes y durante la intervención.

Conclusiones: Una buena situación general previa y mantenida, y una inevitable contaminación entre grupos, dificultaron la demostración de efectividad marginal del programa.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Assessment of the effectiveness of a proactive and integrated healthcare programme for chronic complex patients

A B S T R A C T

Keywords:

Program evaluation

Health resources

Chronic disease

Frail elderly

Morbidity

Integrated delivery of health care

Case management

Effectiveness

Objective: To assess the effectiveness of a proactive and integrated care programme to adjust the use of health resources by chronic complex patients (CCP) identified as potential high consumers according to a predictive model based on prior use and morbidity.

Methods: Randomized controlled clinical trial with three parallel groups of CCP: a blinded control group (GC), usual care; a partial intervention group (GIP) reported in the EMR; a total intervention group (GIT), also reported to primary care (PC). Conducted in an integrated health care organization (IHCO), N = 128,281 individuals in 2011. Dependent variables: PC visits, emergency attention, hospitalizations, pharmaceutical cost and death. Independent variables: intervention group, age, sex, area of residence, morbidity (by clinical risk group) and recurrence as CCP. Statistical analysis: ANOVA, student's *t* test; logistic and multiple linear regressions at the 95% confidence level.

Results: 4,236 CCP included for the first intervention year and 4,223 for the second; recurrence as CCP 72%. Mean age 73.2 years, 54.2% women and over 70% with 2 or more chronic diseases. The number of PC visits was significantly higher for GIT than for GIP and GC. The hospital stays were significantly lower in GIP. This effect was observed in the first year and in the second year only in the new CCP. The general indicators of the IHCO were good, before and during the intervention.

Conclusions: A high standard of quality, previous and during the study, and the inevitable contamination between groups, hindered the assessment of the marginal effectiveness of the program.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcoderch@ssibe.cat (J. Coderch).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.014>

0213-9111/© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Coderch J, et al. Evaluación de la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos. Gac Sanit. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.014>

Introducción

La transición demográfica y epidemiológica, el incremento de la utilización de recursos sanitarios y la innovación tecnológica conllevan nuevas formas de gestión sanitaria^{1,2}. La multimorbilidad es relevante en cuanto a uso de recursos y coste, aunque la cuantificación del impacto es heterogénea debido a la diversidad metodológica³.

El coste sanitario se concentra y persiste en pocos pacientes^{4,5}. En la comarca del Baix Empordà (Girona), las personas con determinadas enfermedades crónicas, que suponen el 14% de la población, generan un 43% del coste sanitario total; asimismo, el 20% del coste se concentra en el 1% de la población, cuyo coste individual es 20 veces superior a la media comarcal⁶.

La atención al paciente crónico complejo es un reto del sistema sanitario de los países desarrollados, por su vulnerabilidad, uso inadecuado y potencialmente iatrogénico de recursos, y alto coste evitable. Al requerir diferentes niveles de atención, se beneficiaría de un modelo de atención integrada centrado en atención primaria, con acciones proactivas y de coordinación entre niveles^{7,8}.

La organización Kaiser Permanente ha diseñado una completa estrategia organizativa, segmentando la población por complejidad y necesidades de atención; entre un 3% y un 5% de la población tendría complejidad clínica, definida por la concurrencia de enfermedades crónicas, hospitalizaciones urgentes frecuentes, polimedicación y dependencia^{9,10}.

El *Guided Care*, desarrollado por la Universidad Johns Hopkins, a partir del *Chronic Care Model* de Wagner y Bodenheimer, propuso una estrategia de gestión de casos en atención primaria que diversas organizaciones sanitarias aplican en programas de atención a los pacientes crónicos complejos^{11,12}. Se basan en estrategias de prevención de complicaciones y exacerbaciones para mejorar resultados de salud y calidad de vida, y para disminuir el uso de recursos de alto coste, como la hospitalización urgente¹³. A menudo, el impacto asistencial y económico final es limitado y no significativo^{14,15}.

El Plan de Salud de Cataluña 2011-2015 planteó desplegar programas territoriales de atención a pacientes crónicos complejos, incluyendo identificar la población diana y actuaciones proactivas¹⁶. Se creó el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad, que promovió el desarrollo de instrumentos y procedimientos, aunque cada entidad proveedora concretó los detalles de su implementación¹⁷. Propuso la utilización de modelos predictivos, como el de la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña, que calcula el riesgo de ingreso y reingreso hospitalario urgente¹⁸.

Basándose en análisis previos de la morbilidad y su relación con el coste sanitario, Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE) desarrolló un modelo predictivo para identificar los pacientes crónicos complejos, definidos como el 5% de personas con mayor riesgo de alto coste sanitario (>p95), calculado mediante edad y datos del año previo de morbilidad según grupo de riesgo clínico (CRG, *Clinical Risk Group*), nivel ACRG³¹⁹, alto coste en recetas de farmacia (>p95), uso de medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria y hospitalización²⁰⁻²².

Dadas las escasas evidencias disponibles sobre la efectividad de los programas de atención a pacientes crónicos complejos, en SSIBE se planteó implementarlo progresivamente: al inicio, una parte de la población diana seguiría recibiendo la atención convencional, y se podrían contrastar distintas estrategias. Ello permitió efectuar este estudio, cuyo objetivo principal fue evaluar si un programa integrado de atención proactiva era más efectivo que la práctica asistencial habitual para reducir, o al menos estabilizar, la utilización de recursos sanitarios en los pacientes crónicos complejos con alto riesgo de consumo según un modelo predictivo basado en la morbilidad y la utilización previa. Como objetivo secundario

se planteó evaluar si una estrategia proactiva poblacional, sobre pacientes crónicos complejos preinformados a los equipos de atención primaria, tenía mayor impacto que una estrategia oportunista sobre otros identificados al utilizar los servicios sanitarios.

Métodos

Diseño

Ensayo clínico pragmático, controlado y aleatorizado, con tres grupos paralelos: grupo control enmascarado y dos grupos de intervención abiertos.

Ámbito

Comarca del Baix Empordà (Girona), con 128.281 residentes en 2011, sus cinco áreas básicas de salud (ABS), Hospital de Palamós y centro sociosanitario Palamós Gent Gran.

Población

La población diana fueron los individuos identificados como pacientes crónicos complejos, que eran el 5% con mayor riesgo de alto coste sanitario cada año, según un modelo predictivo basado en información del año previo²². El cálculo se actualizó el primer trimestre de cada año, reajustando el grado de riesgo individual. El segundo año, algunos perdían la marca de pacientes crónicos complejos y otros la ganaban, ya que el punto de corte siempre se fijó en el p95 (véase el [Apéndice 1 en el material adicional online](#)). Por razón de la información disponible, la población de estudio incluyó residentes en las cuatro ABS gestionadas por SSIBE, de 15 o más años de edad, identificados como pacientes crónicos complejos en 2012 y 2013, recurrentes o no, vivos en abril de cada año ([fig. 1](#)).

Intervención

Se implementó un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos, validado mediante una prueba piloto en 2011²³ y basado en cuatro estrategias ([fig. 1](#); [Apéndice 1 online](#)):

- 1) Identificación de los pacientes: distribución a los profesionales de atención primaria de listados de pacientes crónicos complejos asignados o con etiqueta en la historia clínica informatizada (HCI) única para los profesionales.
- 2) Acciones proactivas desarrolladas en atención primaria: valoración previa y plan de intervención individualizado registrado en la HCI.
- 3) Accesibilidad y coordinación entre niveles asistenciales: unidad de hospital de día para pacientes crónicos complejos de acceso directo desde atención primaria y urgencias, circuitos de soporte al alta hospitalaria de agudos y sociosanitario, y de las urgencias hospitalarias.
- 4) Cultura organizativa: seminarios y espacios de comunicación compartidos.

Asignación

Los pacientes crónicos complejos se distribuyeron aleatoriamente en tres grupos del mismo tamaño, estratificados por edad y médico asignado, incluyendo todos los profesionales de las cuatro ABS ([fig. 1](#)): en el grupo control, correspondiente a la práctica habitual, se mantuvieron ocultos, sin marcas visibles en la HCI y no expuestos explícitamente a las estrategias 2 ni 3; en el grupo de intervención parcial solo se etiquetaron en la HCI y fueron expuestos explícitamente a la estrategia 3, pero no a la 2; y en el grupo de intervención total se etiquetaron en la HCI y se distribuyó a

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7510771>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7510771>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)