

ANEXO I

FICHA DE RECOGIDA DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA:
ESTRATEGIA EN DIABETES

2. TÍTULO Y NOMBRE DEL PROYECTO PRESENTADO A BBPP:
ATENCIÓN INTEGRADA EN DIABETES: BATERA ZAINDUZ, COMPARTIENDO CUIDADOS

- 3. DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE**
- Nombre de la entidad y de la persona de contacto: OSAKIDETZA – Dra. M^a Luz Marqués/Dra. Sonia Gaztambide
 - Domicilio social (incluido Código Postal.): Comarca Uribe/Hospital Universitario Cruces, CS Alango. c/ Alango nº 30, 2^ap. 48992 Getxo/Plaza de Cruces s/n 48903-Barakaldo
 - CCAA: PAÍS VASCO
 - Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹: M^a Luz Marqués/Sonia Gaztambide
 - E-mail: mariluz.marquesgonzalez@osakidetza.net y mariasonia.gaztambidesaenz@osakidetza.net

4. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación)²	Asistencia integrada de las personas con diabetes
	/Formación, Investigación e Innovación

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda

- Estatal
- Comunidad Autónoma, provincia, municipio
- X Área de Salud (sector, distrito, **comarca**, departamento...)
-
- Zona básica
- Otro (especificar):

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: Dichas líneas son las que figuran en el criterio de PERTINENCIA dentro de la herramienta de Autoevaluación (Anexo II) utilizado. La(s) línea(s) que se cumplimenten en esta ficha –como máximo 3- debe(n) coincidir con las que Vds. haya señalado en la herramienta de Autoevaluación o en caso de haber señalado más de tres en la herramienta, aquí sólo podrá incluir como máximo 3.

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: 01/01/2010
- Actualmente en activo: Se ha extendido el piloto a toda la comarca URIBE
- Fecha de finalización: 31/12/2011

7. BREVE DESCRIPCIÓN

Población diana

El diseño del proyecto se establece como un estudio piloto de intervención cuasi experimental en el que se comparan resultados de un grupo de pacientes que son manejados según un modelo de gestión de patología crónica (grupo de intervención) y otro grupo de pacientes que son manejados de manera convencional (grupo de comparación). Se seleccionaron dos Unidades de Atención Primaria (UAP) de la **Comarca Uribe**. Uribe es una comarca con una composición urbana y rural equilibrada con un censo de 214.000 habitantes, organizada en 9 UAP de diferente tamaño y complejidad.

Como grupo de intervención se seleccionó la UAP de Gorliz-Plentzia, que abarca los municipios de Gorliz, Plentzia, Barrika y Lemoiz con 10.142 habitantes. Como grupo de referencia se seleccionó la UAP de Mungia, con 11.653 habitantes, por sus características similares y porque no comparte el mismo equipo de endocrinología que la UAP diana. Se ha procurado que la información que tuviesen los profesionales de esta Unidad fuese la mínima para el desarrollo del pilotaje para no contaminar la intervención realizada.

Han participado 7 cupos de la UAP de Gorliz-Plentzia y otros 7 de Mungia.

a) **Criterios de inclusión:** Todos los pacientes, hombres y mujeres, mayores de 18 años, con diagnóstico de DM antes del 31 de diciembre del 2009.

b) **Criterios de exclusión:** Pacientes con DM tipo 1, sin datos suficientes, residentes institucionalizados y/o con un control externo, residentes temporales, fallecidos en el periodo del proyecto y errores en el registro.

c) **Pérdidas en el seguimiento:** Pacientes con déficit cognitivo, negativa a participar, cambios de domicilio y fallecidos en el periodo del proyecto.

Objetivos:

El **objetivo general** del proyecto es la revisión bibliográfica y la aplicación y evaluación de modelos de gestión de pacientes crónicos, orientados a la integración de la asistencia. El **objetivo principal** del proyecto se ha desglosado en **cinco objetivos específicos**:

- Revisión sistemática de la literatura de los modelos organizativos de gestión de patología crónica.

- Pilotar la implementación de un modelo de gestión de patología crónica en nuestro entorno.
- Evaluar la efectividad de un modelo de gestión de patología crónica mediante variables clínicas y de gestión de recursos.
- Comparación entre el nuevo modelo y el actual.
- Evaluación del grupo intervenido con la formación grupal.

□ Metodología

Diseño: estudio cuasi experimental en el que se comparan resultados clínicos y de gestión de un grupo de pacientes pertenecientes a EAP en los que se han implementado modelos de gestión de la cronicidad y los de un grupo control perteneciente a centros en los que se les ha tratado de manera convencional.

Muestreo: consecutivo de conveniencia.

Ámbito: centros de Salud de Gorniz-Plentzia y de Mungia, en la Comarca Uribe (Bizkaia).

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años diagnosticados de *Diabetes Mellitus* tipo 2.

Criterios de exclusión: pacientes sin suficientes datos recogidos, residentes institucionalizados y/o que llevan un control externo, pacientes residentes temporales en los municipios, pacientes con déficit cognitivo y fallecidos en el periodo del proyecto.

Variables: variables clínicas (hemoglobina glicosilada, tensión arterial, colesterol total, colesterol-LDL y peso), variables de gestión (número de consultas en atención primaria, número de urgencias, hospitalizaciones y consultas externas) y variables referidas por los pacientes (calidad de vida, satisfacción, impacto y conocimientos).

Intervenciones: el proyecto, con una duración de dos años, ha implementado intervenciones en las seis áreas del CCM en dos núcleos poblacionales pertenecientes a la Comarca Uribe de AP. Durante el primer semestre, se recopilaron las variables previas y se seleccionaron las poblaciones control y diana y las intervenciones a poner en marcha. Durante el segundo y tercer semestres se llevaron a cabo las intervenciones y durante el último semestre, se han recogido las variables post-intervención y se ha realizado el análisis de los mismos.

Éstas han sido las intervenciones priorizadas y puestas en marcha:

1. *Comunidad:* acuerdos con los ayuntamientos principales de la población intervenida (Gorniz y Plentzia), servicios sociales, farmacias y asociaciones locales de diabéticos.
2. *Sistema sanitario:* proyecto liderado por dirección de la comarca. Cambios para permitir la colaboración entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) y promoción de las intervenciones mediante su inclusión en el «Contrato Programa».

3. *Autocuidado*: diseño y ejecución de un plan estructurado de formación de pacientes y de profesionales, incluyendo la formación grupal. Elaboración del Plan de Cuidados Compartido.
4. *Provisión de servicio sanitario*: integración de AP-AE. El equipo de AP se define como responsable de la atención de los pacientes con DM tipo 2 y la AE realiza un papel de consultor. Potenciación del rol de enfermería. Simplificación del protocolo de visitas. Sesiones de valoración conjunta AP-AE de los pacientes más complejos. Estratificación por riesgo.
5. *Apoyo al clínico*: se adopta la nueva Guía de Práctica Clínica y la nueva Oferta Preferente.
6. *Sistemas de información*: historia Clínica electrónica compartida. Call Centre: servicio de recordatorio y refuerzo del tratamiento.

Análisis económico: NO Opinión de Expertos: NO

8. RESULTADOS Y EVALUACIÓN

En los resultados clínicos, tal y como esperábamos, no se detectan grandes cambios. En el caso de la hemoglobina glicosilada, se observan mejoras significativas en la población intervenida en el promedio y en el porcentaje de pacientes con buen control metabólico, pero las diferencias ajustadas por el control no son significativas. Esto se repite con la variable peso. No se han encontrado diferencias en las cifras de tensión arterial, colesterol total o colesterol-LDL.

Sin embargo, en lo referido a recursos sanitarios, se encontraron mejoras estadísticamente significativas en la utilización de recursos de Atención Especializada: reducción de visitas a Consultas Externas y Urgencia Hospitalaria en la población intervenida versus control que incluso aumentan. No se encontraron diferencias en los Ingresos Hospitalarios y consultas realizadas en Atención Primaria.

Se observa una ligera mejora en las puntuaciones de los cuestionarios de calidad de vida, pero no en el impacto de la DM ni en el grado de satisfacción respecto a la DM. El test de conocimientos sobre DM, revela que a pesar de la alta nota de la que partían ambas poblaciones, el conocimiento ha mejorado en ambos casos, pero es mayor en la población intervenida con una intervención educativa más intensiva.

En el subgrupo de la población intervenida con la formación grupal se han encontrado mejoría en todas las variables referidas por el paciente que el grupo intervenido en su conjunto. Las diferencias también se detectan en las variables clínicas: mejores tanto en la hemoglobina glicosilada como en la tensión arterial o el peso, pero empeoran en el colesterol o el colesterol-LDL.

Las intervenciones implementadas son fácilmente replicables con los recursos disponibles para la Comarca. De hecho, algunas de las intervenciones se han implantado en toda la Comarca Uribe: el

Plan de Autocuidado del paciente, el Plan de Cuidado Compartido y las intervenciones orientadas a la integración asistencial: (altas de la consulta externa para seguimiento por Atención Primaria, consultas no presenciales, sesiones conjuntas para discusión de los casos más complejos y comunicación fluida entre ambos niveles).

Lo que metodológicamente más ha contribuido a la integración asistencial ha sido la formación a médicos y enfermeras de atención primaria para formación de pacientes en su ámbito y con un mismo programa estructurado, el desarrollo de la historia electrónica que nos permite consultas no presenciales y las sesiones conjuntas formativas y de casos clínicos que permiten la formación continuada.

Consultas Externas del periodo basal y post-intervención, por grupo de estudio. Tasa de consultas filtrados por los servicios de Endocrinología, Cardiología, Cirugía Cardíaca, Cirugía Vasculor-Angiología, Neurocirugía y Neurología

n		Antes	Después	Diferencia	p
Nº de consultas por cada 100 pacientes - x (DE)					
Intervención	317	14,2(40,8)	11,4(35,5)	-2,8(55,3)	0,3134
Control	423	14,7(40,4)	17,3(43,1)	+2,6(60,2)	0,3656
Diferencia		0,46 (40,6)	-5,9(40,0)	-5,92(2,97)	0,0469
Valor de p		0,8783	0,0418		
n		Antes	Después	Razón de probabilidad	p
Nº de pacientes que acuden a C. E. y % respecto al total del grupo					
Intervención	317	39 (12,3)	34 (10,73)		0,4638
Control	423	55 (13)	64 (15,13)		0,4306
p		0,8239	0,0469		
Razón de probabilidad				0,6 (0,4-1)	0,0441

Visitas a **Urgencias Hospitalarias** del periodo basal y post-intervención, por grupo de estudio (intervención, control)

n		Antes	Después	Diferencia	p
Nº de consultas por cada 100 pacientes - x (DE)					
Intervención	317	27,44 (60,4)	23,03 (56,87)	-4,41 (75,34)	0,3434
Control	423	34,3(67,0)	39,7(82,5)	+5,44 (92,07)	0,2930
Diferencia		-6,8 (64,2)	-16,7(72,6)	-14,93 (5,3)	0,0047
Valor de p		0,1525	0,0012		
n		Antes	Después	Razón de probabilidad	p
Nº de pacientes que van a urgencias y % respecto al total del grupo					
Intervención	317	68 (21,45)	57(17,9)		0,2780
Control	423	111 (26,2)	107(25,3)		0,7926
Valor de p		0,1408	0,0200		
Razón de probabilidad				0,67 (0,47-0,97)	0,0332

Resultados de Encuestas del periodo basal y post-intervención

	Antes	Después	Diferencia	p
Variables referidas por pacientes	%	%	%	%
EuroQoL – 11111	32,35	55,88 %	+ 23,53	0,0385
EuroQoL- Valor VAS	66,20	70,65	+4,45	0,3502
EsDQoL- Impacto	17,91	15,09	-2,82	0,3452
EsDQoL-Satisfacción	70,24	72,94	+2,70	0,4554
EsDQoL-Preocupación	25,00	17,83	-7,17	0,1246
ECODI - Nota	6,47	7,81	+1,34	0,0140
ECODI -Aprobados	76,47	94,12	+17,65	0,1093

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.