



Protocolo del ensayo clínico de evaluación de una atención integrada a pacientes pluripatológicos

Autores: Itziar Lanzeta (a), Javier Mar (b), Pablo Legido (c)

(a) Servicio de Medicina Preventiva, Organización Sanitaria Integrada (en adelante, OSI) Goierri-Alto Urola. Zumarraga. Gipuzkoa.

(b) Unidad de Gestión Sanitaria, OSI Alto Deba. Arrasate-Mondragon. Gipuzkoa.

(c) Servicio de Medicina Interna, OSI Goierri-Alto Urola. Zumarraga. Gipuzkoa.

Recibido el: 15/12/2012; aceptado el: 24/12/2012

Disponible el: 15/03/2013

PALABRAS CLAVE

Atención integrada;
internista de referencia;
paciente pluripatológico;
evaluación económica

Resumen

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: Determinar si el modelo de atención sanitaria integrada a pacientes pluripatológicos que proponemos es una intervención coste-efectiva frente al sistema de atención actual basado en la actuación episódica y reactiva.

MATERIAL Y METODOS: Ensayo clínico de tipo "cluster randomized trial", con 3 grupos de pacientes pluripatológicos, aleatorizado, prospectivo y multicéntrico. Grupo 1: atención basada en la gestión de casos con internista de referencia y enfermera de enlace; Grupo 2: además de esto se añade una enfermera de competencias avanzadas. Grupo control: actuación basada en la atención habitual. Se estimará la razón coste-efectividad incremental comparando las tres ramas del ensayo dos a dos.

RESULTADOS: Se medirá la eficacia de las intervenciones integradas, además de informar sobre los costes que suponen su implantación y la relación entre ambos (coste-efectividad). La probable reducción del número de ingresos, atenciones en urgencias y consultas puede suponer un ahorro que compense el coste de la intervención integrada con un aumento de la calidad de vida percibida por nuestros pacientes.

DISCUSIÓN: La carga de las enfermedades crónicas expresada en la pérdida de calidad de vida y autonomía de los pacientes y en el enorme gasto sanitario que supone, es un escenario idóneo para la innovación en integración asistencial como respuesta organizativa que evita la fragmentación de los cuidados de los pacientes, pudiendo englobarse en la actual estructura sanitaria sin representar grandes modificaciones. La evaluación económica de estas intervenciones, a pesar de ser dificultosa, va a determinar el nivel de extensión de estos programas.

KEYWORDS

Integrated care;
reference internist;
frailty;
economic evaluation

Abstract

BACKGROUND AND OBJECTIVE: To determine whether the proposed integrated model care for patients with multiple comorbidities is a cost-effective intervention compared with standard care based on an episodic and reactive approach.

MATERIAL AND METHODS: Clinical trial-type "cluster randomized trial" with 3 groups of patients with multiple comorbidities, prospective and multicenter study. Group 1: based care

case management with reference internist and nurse liaison, Group 2: in addition to this is added an advanced skills nurse. Control group performance based on usual care. We estimate the incremental cost-effectiveness ratio comparing the three branches by pairs.

RESULTS: We measure the effectiveness of integrated interventions, in addition to reporting on the costs involved in its implementation and the relationship between them (cost-effectiveness). The likely reduction of in-hospital stays and consultations in the emergency care can offset the cost of the integrated intervention with an increase in perceived quality of life for the patients.

DISCUSSION: The burden of chronic diseases expressed in lost quality of life and patient autonomy and the enormous health costs involved is an ideal scenario for the integration of care and organizational innovation. In response to usual fragmentation of care integrated health care can represent an efficient alternative. The economic evaluation of these interventions, despite being difficult, will determine the level of transferability of these programs.

GAKO HITZAK

Arreta integratua, erreferentzia-medikua, patologia anitzeko pazientea, ebaluazio ekonomikoa

OINARRI ETA HELBURUAK: Gertaera-klínikoetan eta jokaera erreaktiboan oinarritutako orain arteko osasun artatze sistemarekin alderatuz, proposatutako patologia anitzeko pazienteen osasun artatzerako eredu berria kostu-eraginkorra den zehaztea.

MATERIAL ETA METODOAK: Patologia anitzeko pazienteen 3 taldez osatutako "Cluster randomized trial" motako entsegu klínikoa, ausazkotua, aurrera begirakoa eta zentru anitzekoa. 1. Taldea: erreferentziazko barne-medikuntzako mediku eta lotura erizaindun kasu-kudeaketan oinarritutako arreta. 2. Taldea: aurrekoari gaitasun-aurreratundun erizaina gehitzen zaio. Kontrol-taldea: Ohiko jokaeran oinarritutako arreta. Etsegu klínikoko 3 taldeak binaka konpartuz kostu-eraginkortasun gehikuntza koefizientea estimatuko da.

EMAITZAK: Arreta eredu integratuen inplementazioaren kostua ezagutarazteaz gain, hauen eraginkortasuna neurtuko da eta bien arteko erlazioa (kostu-eraginkortasuna) kalkulatu. Arreta eredu berri honen bitartez, ospitaleratze, larrialdietako arreta eta kontsulta kopuruak behera egin eta aurreztutako diru kopurua interbentzioaren kostua adinakoa izatea espero da, aldi berean pazienteen bizi-kalitate pertzepzioa hobetuz.

EZTABAIDA: Pazienteen bizi-kalitate eta autonomiaren galeran agertzen den gaixotasun kronikoen karga eta honek eragindako gastu-sanitarioa ikusita, pazienteen zaintzaren zatikatzea eragozteko osasun arretaren integrazioan antolakuntza proposamen berriak aurrera eramateko unea da honakoa, egungo egituraren aldaketa handirik egin beharrik gabe. Eredu berri hauen ebaluazio ekonomikoa aurrera eramateak zailtasunak baditu ere, ezinbestekoa da hauen hedapen maila zehazteko.

Introducción

Las enfermedades crónicas suponen el problema de salud más importante del siglo XXI¹. En consecuencia, se ha planteado que el centro de la atención sanitaria se dirija a la enfermedad crónica tanto o más que a la aguda, a la morbilidad antes que a la mortalidad y a la calidad de vida antes que a supervivencia². En la misma línea ha surgido el concepto de pacientes pluripatológicos (PPP), con el que se identifica a aquellos pacientes con dos o más enfermedades crónicas que no tienen cura, con deterioro progresivo y pérdida gradual de la autonomía, y con distintas patologías interrelacionadas³.

Los países desarrollados han introducido con resultados positivos diversos modelos organizativos de atención a pacientes ancianos crónicos, como la experiencia del Castlefields Health Centre en el Reino Unido⁴, el modelo Evercare de gestión de casos para personas mayores⁵ en Estados Unidos y el modelo de la Kaiser permanente⁶. En España se ha desarrollado en Andalucía un modelo partiendo de la agrupación de las enfermedades en categorías clínicas en función del daño sobre el órgano diana y la reper-

sión funcional que éste genera pero que no incluía factores de riesgo^{3,7,8} (Ver tabla1). La atención compartida de los pacientes entre médicos de familia e internistas ha sido una aportación innovadora de este proceso.

Numerosos estudios ponen de relieve los problemas de la falta de comunicación, coordinación e integración entre ámbitos asistenciales, con el consiguiente mal uso de los recursos (duplicación de pruebas diagnósticas, varios especialistas tratando el mismo problema, etc.), la pérdida de continuidad en los procesos asistenciales y la disminución de la calidad de la atención prestada⁹. Para ello se plantea como elemento esencial la sectorización dentro del área de salud de los internistas creando la figura del internista de referencia⁷. En la misma línea pero en el ámbito de la enfermería, se ha planteado un cambio en los roles mediante el desarrollo de la figura de la enfermera gestora de enlace hospitalario (EGEH) y la enfermera gestora de competencias avanzadas (EGCA)¹⁰.

En Euskadi el departamento de Salud y Osakidetza lanzaron una estrategia para afrontar el reto de la cronicidad de una forma global e integral⁹. En dicha estrategia se incluye la "definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería" con el objeto de perfilar e implementar roles de enfer-

mería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos como la EGEH y la EGCA.

En este marco de integración de la atención primaria y especializada este estudio se plantea innovar la asistencia sanitaria de los pacientes pluripatológicos de nuestro ámbito de atención, mediante la implantación de un modelo de atención sanitaria integrada basado en la colaboración entre niveles y garantizando la continuidad asistencial con la participación interdisciplinar de todos aquellos profesionales del ámbito sanitario y social (extrahospitalarios y hospitalarios) que en un momento dado pudieran aportar valor añadido a los cuidados que el PPP fuese necesitando a lo largo de su vida. Para ello se define la intervención por la suma de la atención primaria, el internista de referencia, la EGEH y la EGCA.

La efectividad de las intervenciones multifactoriales para prevenir el declive funcional de las personas mayores sigue siendo controvertida. No hay estudios que demuestren que este tipo de intervenciones son realmente más efectivas que la atención que se viene dando habitualmente y lo mismo podríamos decir respecto a los costes¹¹.

El objetivo de este estudio es determinar si el modelo de atención sanitaria integrada a pacientes pluripatológicos que proponemos es una intervención coste-efectiva frente al sistema de atención actual basado en la actuación episódica y reactiva.

Métodos

Para identificar la población diana beneficiaria de la intervención se ha utilizado la definición de paciente pluripatológico aplicada por la de la consejería de salud de la junta de Andalucía⁷ que se dirige a aquellos pacientes con múltiples enfermedades crónicas y una especial fragilidad clínica. Esta definición coincide con el nivel 3 de la clasificación de la Kaiser permanente. Esta organización identifica tres grupos de pacientes en relación con su grado de complejidad y es en el nivel 3, que supone aproximadamente el 5%, en el que se encuadrarían los pacientes crónicos (con necesidades muy complejas, portadores de dos o más enfermedades permanentemente sintomáticas. Estos pacientes requieren un servicio altamente personalizado (“case management”) que les garantice de forma proactiva una continuidad asistencial y que les suministre, de forma coordinada, efectiva y eficiente, los suficientes medios sociosanitarios para prevenir o paliar su discapacidad y su dependencia^{1,6}.

Diseño y tipo de estudio

Se trata de un estudio de intervención de tipo pragmático o ensayo clínico de tipo “cluster randomized trial”, con 3 grupos de pacientes pluripatológicos, ale-

atorizado por cupo médico y por paciente, prospectivo y multicéntrico¹¹. Participarán los centros de atención primaria de la subcomarca Goierri-Alto Urola cuyo referente es el hospital de Zumarraga y que consta de 7 unidades de atención primaria (UAP). La intervención incide básicamente en la forma de gestionar su atención. No vamos a actuar sobre la atención clínica sino sobre la organización y estructura de la atención, procurando un servicio integrado y con una atención multidisciplinar.

Criterios de selección

Los criterios de inclusión de los pacientes fueron: Tener al menos un ingreso en el último año, resultar clasificado como pluripatológicos en el CMBD del hospital de Zumarraga al aplicar las categorías clínicas propuesta por Ollero et al⁷. (Tabla 1), participar voluntariamente en el estudio y firmar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión en el estudio fueron la negativa del paciente o de sus familiares/cuidadores a participar en el estudio, estar institucionalizado y estar en programa de hemodiálisis.

Tamaño de la muestra

El cálculo del tamaño muestral se realizó tomando como variable principal la diferencia entre las medias de ingresos tras una intervención en el área asistencial del Valme¹². Se estima que la muestra inicial debería ser de 70 pacientes en cada grupo para obtener como estadísticamente significativas diferencias de medias estandarizada (diferencias entre las medias de ingresos) de 0,5 entre el grupo con intervención y el grupo control, asumiendo un 30% de posibles no respuestas, para un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo potencial del 80%, en un contraste bilateral.

Selección de la muestra y seguimiento de los pacientes

Por las características organizativas de la intervención primeramente se aleatorizarán por grupo (cluster) los cupos de atención primaria para que dentro de un mismo cupo no haya pacientes con y sin intervención¹¹. Y, posteriormente, dentro de cada grupo se volverán a aleatorizar los pacientes, de tal forma que unos pacientes clasificados como pluripatológicos serán adscritos al grupo de intervención y otros al control. El periodo de seguimiento a partir de la inclusión del paciente, será de 12 meses.

Intervención

La intervención propuesta consiste en un modelo de

Tabla 1. Categorías clínicas de la definición de paciente pluripatológicos.

Se define como paciente pluripatológicos aquel que presenta al menos dos categorías de las siguientes:

CATEGORIA A

- A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA1 (síntomas con actividad física habitual).
 - A.2. Cardiopatía isquémica.
-

CATEGORIA B

- B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas
 - B.2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en varones, >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria², mantenidos durante 3 meses
-

CATEGORIA C

- C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con: disnea grado II de la MRC3 (disnea a paso habitual en llano), ó FEV1 <65%, ó SaO2 ≤ 90%
-

CATEGORIA D

- D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
 - D.2. Hepatopatía crónica con hipertensión portal⁴
-

CATEGORIA E

- E.1. Ataque cerebrovascular
 - E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60)
 - E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores)
-

CATEGORIA F

- F.1. Arteriopatía periférica sintomática
 - F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa ó neuropatía sintomática
-

CATEGORIA G

- G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses
 - G.2. Neoplasia sólida ó hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa
-

CATEGORIA H

- H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60)

atención sanitaria integrada al paciente pluripatológico basado en una coordinación y comunicación eficaz entre los diferentes niveles asistenciales.

Grupo intervención 1: Aplica un modelo estructurado de atención al paciente pluripatológico consistente en:

1. Sectorización de la población asignando un internista de referencia a cada centro de salud, de tal manera que exista una comunicación ágil y flexible entre los médicos de familia de cada centro de salud con su internista de referencia. El paciente pluripatológico, cada vez que acceda al hospital será atendido por su internista de referencia, tanto si precisa ingreso, como consulta rápida o atención en el hospital de día.

2. Se añade la figura de la enfermera de enlace, dirigida a garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes pluripatológicos tanto durante el ingreso como en el alta. Además realiza una valoración integral del paciente pluripatológico que incluye una valoración clínica, funcional, psicoafectiva y sociofamiliar.

Grupo intervención 2: Además de toda la intervención del grupo 1 añade la incorporación de la figura de enfermera gestora de competencias avanzadas, cuyas funciones son realizar cuidados intensos de enfermería a estos pacientes cuando están en el domicilio y en condiciones de inestabilidad clínica. Los criterios de estabilidad, inestabilidad e ingreso han sido previamente definidos.

Grupo control: En este grupo los pacientes reciben una atención basada en la práctica médica habitual, sin reforzar la coordinación entre atención primaria y hospitalaria. Estos pacientes con diversos padecimientos son habitualmente vistos por varios especialistas, los cuales pueden consultar con otros especialistas. Esto hace que se repitan algunas pruebas, que los pacientes reciban diversos medicamentos (polimedicación) y deban desplazarse reiteradamente al hospital^{13,14}.

VARIABLES DEL ESTUDIO

A: Variables demográficas, diagnósticas y tratamientos:

- 1.- Edad y sexo
- 2.- Centro de Salud de referencia.
- 3.- Diagnósticos y categorías clínicas a las que pertenece.
- 4.- Medicación, vacunación antigripal y antineumocócica

B: Variables clínicas a medir antes del comienzo del estudio, a los 6 y a los 12 meses (y ante incidencias en la evolución de la enfermedad):

1: Número de ingresos (en cualquier Hospital de la red de Osakidetza); Total de días ingresado (en cualquier Hospital de la red de Osakidetza); Visitas a urgencias, consultas de especialidades; Visitas a médico de AP y enfermera de AP; Pruebas complementarias

realizadas.

2: Escala de Barthel¹⁵, para la valoración funcional relacionada con las actividades básicas de la vida diaria

3: Valoración psicoafectiva: Mediante la Escala de Pfeiffer¹⁶.

4: Valoración sociofamiliar: Mediante la Escala de valoración sociofamiliar de Gijón y valoración de la persona que va a ser el cuidador principal, mediante la escala de Zarit de sobrecarga del cuidador¹.

5: Calidad de vida medida por los cuestionarios de EuroQol¹⁸.

6: Comorbilidad: Índice de Charlson¹⁹.

7: Evaluación de la adherencia al tratamiento.

ANÁLISIS DE DATOS

Todos los análisis se realizarán de acuerdo al método de la intención de tratar. El análisis del número total de hospitalizaciones y visitas a urgencias se realizará mediante un t-test. El análisis del tiempo transcurrido hasta el primer ingreso se llevará a cabo mediante el análisis de regresión de Cox. El análisis inicial de los datos descriptivos se presentará con medias y desviaciones estándar para los datos paramétricos. Los datos no paramétricos se presentará con modas y los rangos intercuartiles 25 a 75.

El análisis secundario de los datos implica también comparaciones entre los grupos de intervención y el grupo control, con las variables dependientes de calidad de vida: EuroQol. Todas las variables categóricas se analizarán mediante una prueba t en su caso, y las variables proporcionales se analizarán mediante la prueba de chi cuadrado. Todas las pruebas de utilizarán un nivel de significación alfa con una p-valor de 0,05. Todas las pruebas asumirán un valor p de dos colas. Se creará un sistema de recogida de datos común para todos los centros que incluya por paciente los datos sociodemográficos, clínicos y de consumo de recursos. Para la gestión de los datos así como la realización de una estadística descriptiva se dispone de paquetes estadísticos estándar (SPSS y Stata). Las técnicas de bootstrapping se llevarán a cabo mediante Stata.

Se estimará la Razón Coste-Efectividad Incremental comparando las tres ramas del ensayo dos a dos. El análisis de la incertidumbre se llevará a cabo mediante la técnica del remuestreo con sustitución (bootstrapping)²⁰.

Los costes serán calculados a nivel individual y de forma retrospectiva. Cada coste directo será el resultado del producto del consumo de servicios o recursos consumidos y el coste unitario del servicio o recurso.

Los costes serán clasificados como:

A: Costes directos sanitarios:

- Ingresos hospitalarios.
- Consultas a consultas especializadas.
- Consultas a atención primaria.
- Consultas a urgencias.
- Coste medicación habitual.
- Costes intervención (personal enfermería).

B: Costes directos no sanitarios:

Traslados del paciente para su atención.

Costes acompañante si necesario.

C: Costes indirectos:

Pérdidas laborales (horas/días de trabajo perdido).

No se estimarán costes intangibles.

A cada recurso utilizado se le imputará un coste unitario basado en la contabilidad analítica del centro correspondiente. El cálculo de costes indirectos (pérdida de productividad) se obtendrá a partir de la información obtenida de cada paciente sobre su situación laboral: trabajador por cuenta ajena, trabajador por cuenta propia, jubilado, desempleado y aplicando los coeficientes salariales medios estimados por el INE (encuesta salarial).

El coste de cada grupo (intervención y control) será el coste medio obtenido por la suma total de costes dividido entre el número de pacientes. Se calculará el coste incremental (diferencia de costes dos a dos grupo 1-control, grupo 2-control y grupo 1-grupo 2).

Como medida de efectividad se calcularán los años de vida ajustados por calidad de vida (AVACs) en función de la supervivencia medida por el estudio y los valores de EuroQol obtenidos antes y a los 12 meses.

Disposiciones legales vigentes

Cada investigador debe seguir los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki²¹. Este estudio fue presentado al comité ético de investigación clínica del área sanitaria de Gipuzkoa y aprobado por el mismo.

Confidencialidad de los datos

Todos los participantes en el estudio serán informados verbalmente y por escrito de los objetivos y en qué consiste el mismo, garantizándose la confidencialidad de las personas y sus datos conforme a la Ley Orgánica de Protección de datos de carácter personal²².

Resultados esperados

Este ensayo clínico medirá la eficacia de las intervenciones integradas, además de proporcionar información sobre los costes que suponen su implantación y la relación entre ambos (coste-efectividad). En un contexto de aumento de la población de pacientes cróni-

cos pluripatológicos y del gasto sanitario resulta crítico para favorecer la equidad y la sostenibilidad del sistema que los nuevos modelos de atención documenten su eficiencia con medidas de salud robustas y estudios de costes rigurosos.

La hipótesis de partida del estudio es que los grupos de intervención van a tener mayor esperanza de vida ajustada por calidad y que se va a acompañar de un menor número de reingresos en hospitalización. Se basa en que el cambio en el modelo asistencial del paciente pluripatológico evita aceptar la irreversibilidad de su deterioro y permite que reciban un tratamiento precoz por la atención integrada. La probable reducción del número de ingresos, de atenciones en el servicio de urgencias y de consultas puede suponer un ahorro que compense el coste de la intervención integrada con un aumento de la calidad de vida percibida por nuestros pacientes.

Discusión

La carga de las enfermedades crónicas se expresa, en primer lugar, en la pérdida de calidad de vida y autonomía de los pacientes y, en segundo lugar, en el enorme gasto sanitario que la atención a las enfermedades crónicas representa en los países desarrollados. Una de sus causas es que los sistemas sanitarios no llegan a incorporar la mejor atención sanitaria a la práctica médica habitual. La consecuencia es que la asistencia a las enfermedades crónicas es enormemente costosa y poco efectiva. En muchas ocasiones, los pacientes crónicos reciben una atención fragmentada y discontinua. La falta de comunicación entre profesionales y la descoordinación entre ámbitos asistenciales produce una deficiente gestión clínica, la falta de apoyo para asumir el autocontrol y la ausencia de un seguimiento activo de los problemas. Las intervenciones más simples no ofrecen buenos resultados por la complejidad que implican las propias enfermedades crónicas²³.

Aunque parezca poco propicio para el desarrollo de proyectos de colaboración, este panorama está siendo un escenario idóneo para la innovación en integración asistencial. El especialista en Medicina Interna ofrece al médico de familia no sólo una colaboración en pacientes con orientación diagnóstica compleja, como pluripatologías, enfermedades no clasificables y enfermedades sistémicas, sino que también, aporta un apoyo significativo en aquellos pacientes con problemas organoespecíficos en fase diagnóstica. Todo este cambio en la oferta asistencial se podría englobar en el seno de la actual estructura sanitaria sin representar grandes modificaciones²⁴.

El gran desarrollo de las especialidades médicas y la gran tecnificación de la medicina han hecho que el médico de cabecera se convierta muchas veces en

un simple canalizador de la demanda de especialistas por parte de la población²⁵. En 1986 con la publicación de la Ley General de Sanidad²⁶, se delimitan dos niveles de asistencia sanitaria, atención primaria (AP) y atención especializada, y la necesidad de que se establezcan medidas para garantizar la interrelación entre ambos niveles asistenciales. La AP se constituye en la puerta de acceso al sistema sanitario. La asistencia especializada se concibe como apoyo y complemento de la AP, atendiendo aquellos procesos cuya complejidad exceda la capacidad de ésta²⁷.

En este contexto, los pacientes con patología crónica no reciben la atención continuada que precisan para estar bien controlados. La estructura del sistema sanitario organizada en eslabones asistenciales independientes²⁸, por patologías, y con un medio «activo» (la asistencia especializada) y un medio «pasivo» (AP) no bien coordinados y con mutua desconfianza²⁴ parece estar en la base del problema. No existe continuidad en los cuidados. El tratamiento se complica por el uso de múltiples fármacos, prescritos de forma separada.

La integración es una respuesta organizativa que pretende interconectar los distintos elementos de la asistencia sanitaria prestada evitando la fragmentación de los cuidados de los pacientes.

Coordinación, continuidad e integración asistencial son términos que, aunque no significan lo mismo, se suelen utilizar indistintamente para referirse a una misma idea: la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión. Se trata de situar al paciente en el centro del sistema sanitario. Aunque los concionantes del proceso asistencial como los profesionales diversos, el espacio de atención múltiple y las actuaciones realizadas en tiempos diferentes, tienden a la pérdida de la continuidad, hay que tener en cuenta que se dan sobre un único e indivisible paciente²⁹.

La evaluación económica de estas intervenciones plantea dificultades por la propia naturaleza compleja de las mismas³⁰. Desde el punto de vista de la evaluación de la eficacia hay que tener en cuenta la implicación de los equipos humanos que participan ya que puede introducir un sesgo, la dificultad de ajustar por la comorbilidad y la necesidad de tener que medir diferentes dimensiones de la salud y el bienestar.

El impacto sobre los costes puede depender del horizonte temporal del estudio y el ahorro manifestarse con posterioridad al final del seguimiento. A pesar de las dificultades metodológicas la evaluación de los resultados de los estudios llevados a cabo en nuestro medio van a determinar el nivel de extensión de las programas de integración de cuidados dirigidos a pacientes crónicos complejos ya que el contexto organizativo de cada país es un determinante crítico de la eficiencia.

Bibliografía

- 1 Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. 2009.
- 2 Elosegi E, Begiristain J M, Larrañaga I, Baixas D, Gurruchaga M I, Aranegi P, Arriola E, Aiertza A, Clavé E, Goñi M^a J, Orbegozo A. La gestión del paciente mayor con patología crónica. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº. Osteba D-08-05.
- 3 García-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisado M, Ramírez-Duque N, González de la Puente MA, et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 2005; 125:5-9.
- 4 Colin-Thome D, Penny J. Learning from the Castlefields Health Center. Julio 2004 (www.natpact.nhs.uk).
- 5 Implementing the Evercare Programme. Interim Report. Evercare. February 28, 2004 (www.natpact.nhs.uk).
- 6 Enguidanos SM, Gibbs NE, Simmons WJ, Savoni KJ, Jamison PM, Hackstaff L, Griffin AM, Cherin DA. Kaiser Permanente Community Partners Project: Improving Geriatric Care Management Practices. *JAGS* 51:710-714, 2003.
- 7 Ollero M (Coord.), Álvarez M, Barón B y cols. Proceso asistencial integrado. Atención a pacientes pluripatológicos. 2ª Edición. Consejería de Salud. Andalucía. 2007.
- 8 Zambrana García JL, Velasco Malagón MJ, Díez García F, Cruz Caparrós G, Martín Escalante MD, Adarraga Cansino, MD. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en servicios de Medicina Interna. *Rev Clin Esp*. 2005; 205(9):413-7.
- 9 Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ*. 2000;320:791-4.
- 10 Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Julio 2010. Disponible en: <http://cronicidad.euskadi.net>.
- 11 Jacqueline J Suijker, Bianca M Buurman, Gerben ter Riet, Marjon van Rijn, Rob J de Haan, Sophia E de Rooij, Eric P Moll van Charante. Comprehensive geriatric assessment, multifactorial interventions and nurse-led care coordination to prevent functional decline in community-dwelling older persons: protocol of a cluster randomized trial. *BMC Health Services Research* 2012, 12:85.
- 12 Balanzó X, Pujol R y grupo Intercomarcal de Servicios de Medicina Interna. Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales generales básicos de Catalunya. *Med Clin (Barc)* 1989;92:86-90.
- 13 Ross JE, Barr DM. Primary care, consultation, and referral. En: Taylor RB, editor. *Family medicine. Principles and practice*. New York: Springer Verlag, 1983; p. 465-9.
- 14 Buitrago Ramírez F, Chávez García LM. Análisis de las interconsultas y pruebas complementarias solicitadas por un centro de salud en un período de tres años. *Aten Primaria* 1990;7:200-4.
- 15 Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md. State Med J* 1965; 14: 61-5.
- 16 Pfeiffer, E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society* 1975;23:433-441.

- 17 Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji, LC, Rico JM., Lanz P y Taussing ML. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)) *Rev Gerontol* 1996; 6:338-346.
- 18 Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones.
- 19 Charlson ME, Pompei P, Ales KL, Mackenzie CR. A new method of classifying pronostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987;40:373-83.
- 20 Briggs AH, Wonderling DE, Mooney CZ: Pulling cost-effectiveness analysis up by its bootstraps: a non-parametric approach to confidence interval estimation. *Health Economics* 1997, 6:327-340.
- 21 World Medical Association. Declaration of Helsinki. Seoul, 2008. Disponible en <http://www.wma.net/e/policy/17-c.html>. Accedido el 21 de enero de 2012.
- 22 Ley de Protección de datos de carácter personal. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>. Accedido el 24 de febrero de 2010.
- 23 Yáñez-Cadena D, Sarria-Santamera A, García-Lizana F. ¿Podemos mejorar el tratamiento y el control de las enfermedades crónicas? *Aten Primaria*. 2006;37(4):221-30.
- 24 Ollero M, Ortiz MA. Internistas y médicos de familia. *Aten Primaria*. 1996;18:49-52.
- 25 Vilardell L. ¿Por qué ingresan los enfermos de forma urgente en un hospital? *Med Clin (Barc)* 1994;103:452-3.
- 26 Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril.
- 27 Bonfill X. Cómo debiera ser el hospital ideal. *Med Clin (Barc)* 1993; Suppl 41:9-11.
- 28 Aranaz JM, Buil JA. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clin (Barc)* 1996;106:182-4.
- 29 Peña-Gil C, Comín-Colet J. Integración de ámbitos asistenciales. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2007;7:21C-9C.
- 30 Vondeling H. *International Journal of Integrated Care* 2004; 4,1. Disponible en <http://www.ijic.org>. Accedido el 19 de diciembre de 2012. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 79-86. (1975;23:433-441.