

Resumen Informe Emminens sobre el impacto de la eSalud en el Tratamiento del Paciente Crónico

❖ Introducción y Objetivos

Las enfermedades crónicas tienen gran repercusión tanto en la calidad de vida de los pacientes como en los recursos consumidos por el sistema sanitario [1]. La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica de alta prevalencia [del 13,8% en DM tipo 2 (DM2)] [2] que genera el 8,2% del gasto sanitario total español, unos 5.809 millones de euros [3].

El manejo de estas enfermedades requiere del trabajo multidisciplinar entre los profesionales de los diferentes ámbitos de atención sanitaria, así como centrar el tratamiento en el paciente y contar con su máxima participación [1,4]. Asimismo, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) tienen un papel crucial como instrumento para recopilar y compartir información clínica, mejorar la seguridad y favorecer las interacciones profesional-usuario, así como favorecer la capacitación de las personas [1].

Ceriello et al. [5] evaluaron la diabetes como ejemplo de patología crónica que precisa de un manejo personalizado. Su propuesta fue la desarrollar un modelo sencillo de atención personalizada (MAP) basado en 6 etapas (Figura 1) que serviría como guía en el tratamiento del paciente diabético. Entre sus elementos básicos se encuentran: individualizar el tratamiento en función de las necesidades del paciente, la toma de decisiones vinculada a la medida y análisis de la glucemia o mejorar la coordinación asistencial a través del uso de las TIC.

Emminens® Healthcare Services, empresa del Grupo Roche® ha desarrollado la solución Emmiens® para el soporte a la gestión integral y personalizada del paciente diabético que se basa en el MAP de Ceriello et al. [5]. Emmiens® posibilita la conexión y participación entre los pacientes, profesionales sanitarios y los gestores sanitarios. Asimismo, facilita la educación del paciente y la toma de decisiones para mejorar los resultados en salud y reducir los costes del SNS.

Figura 1. Modelo de atención personalizada en diabetes mellitus [5]



AMGC: Automonitorización de la glucosa capilar.

Los **objetivos principales de este proyecto** son:

- *Evaluar la viabilidad y las potencialidades del uso del MAP en DM como patología crónica en relación con las estrategias existentes en el SNS.*
- *Evaluar la idoneidad percibida por los profesionales respecto al MAP planteado.*
- *Evaluar el uso de las TIC como soporte al MAP en la gestión de la DM.*
- *Estimar las potencialidades clínicas y económicas de implantar el MAP con la ayuda de la solución emminens® eConecta dentro del SNS.*

❖ **Metodología y fases del proyecto**

Para llevar a cabo los objetivos del proyecto se han planteado diversas fases a través de las siguientes actividades que cuyo inicio fue en Julio 2014.

1. Revisión de la evidencia disponible incluyendo:
 - a. Revisión de las estrategias en cronicidad y en diabetes disponibles.
 - b. Revisión de la literatura para identificar intervenciones que consideren el MAP descrito y la eficacia/efectividad asociadas a estas intervenciones así como su repercusión en el uso de recursos/costes.
2. Entrevistas a profesionales de la salud de atención primaria y especializada y experto en TIC.
3. Realización de un grupo focal multinivel.
4. Desarrollo de un Modelo de Análisis de Escenarios para evaluar los posibles resultados clínicos y económicos tras la implementación del MAP con soporte de las TIC

5. Realización de un grupo focal multinivel de validación.
6. Comunicación de los resultados obtenidos en el proyecto.

❖ Resultados

- El MAP planteado por Ceriello et al. [5] es coherente con las estrategias de cronicidad definidas en el SNS [1,6-11].
- El MAP propuesto puede aportar soluciones a algunos de los problemas identificados en la gestión de la patología crónica/diabetes ya que:
 - Permite al paciente participar en su cuidado y toma de decisiones.
 - Supone un cambio necesario en el modelo clínico de atención actual.
 - Incluye la educación y la AMGC estructuradas.
 - Considera la comunicación entre niveles asistenciales.
- Los profesionales sanitarios consideran como uno de los requisitos más relevantes para lograr la implementación de este MAP la evaluación de la eficiencia que se derivaría de su implantación. Otro factor fundamental es el análisis de la madurez organizativa existente en los diferentes entornos sanitarios y la selección de aquellas zonas más idóneas para su implementación.
- Las TIC son un elemento de soporte en la gestión de la cronicidad/diabetes que:
 - Favorecen la involucración del paciente.
 - Favorecen la coordinación asistencial.
 - Favorecen la continuidad de la atención.
 - Proporcionan un mayor acceso a la información.
 - Permiten la comunicación no presencial.
 - Facilitan el seguimiento integral del paciente.
 - Posibilitan la monitorización personalizada.
 - Mejoran el manejo de la enfermedad.
 - Facilitan la formación del paciente.
 - Presentan una ratio coste-efectividad aceptable.
- A partir de la revisión de la literatura realizada [12-24] se evidencia que para DM2, la aplicación de un MAP que considere una educación y AMGC estructuradas junto con la evaluación de los resultados (etapas 1, 2, 5, 6) reduciría la HbA_{1c} hasta un 0,5%.
- Los resultados preliminares de la estimación de posibles escenarios resultantes tras la aplicación de este MAP muestran que en DM2 los costes directos totales se reducirían cada año aproximadamente en un 12% en comparación con el modelo de gestión clínica actual, observándose reducciones de hasta el 34% en los costes de consultas externas.

- En DM1, la implantación de un MAP con soporte de las TIC considerando la aplicación de las 6 etapas del modelo de Ceriello et al. reduciría aproximadamente en un 22% los costes de consultas externas. La reducción en el coste total en comparación con el MAP actual aproximada sería del 12% al considerar los costes de consultas externas y los costes de AMGC.

❖ Bibliografía

1. *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. 2012.
2. *Soriguer F, et al. Diabetologia*. 2012; 55:88-9.
3. *Crespo C, et al. Av Diabetol*. 2013;29:182-9.
13. *Carral F, et al. Endocrinol Nutr*. 2013;60(8):441-6.
4. *Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización. MSSSI*. 2012.
14. *Duran A, et al. J Diabetes*. 2010;2(3):203-11.
5. *Ceriello A, et al. Diabetes Res Clin Pract*. 2012;98(1):5-10.
15. *E-Salud. Base de datos de costes españoles 2014*. Disponible en: www.oblikue.com/bddcostes.
6. *Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid*. 2014.
16. *Esmatjes E, et al. Diabetes Technol Ther*. 2014;16(7):435-41.
7. *Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León*. 2013.
17. *García de la Torre N, et al. Acta Diabetol*. 2013 ;50(4):607-14.
8. *Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos*. 2013.
18. *García-Talavera NV, et al. Nutr Hosp*. 2012;27(6):2079-88.
9. *Plan Andaluz de Atención Integrada a pacientes con Enfermedades Crónicas 2012/2016*.
19. *Gómez-Pérez AM, et al. Av Diabetol*. 2014;30(Espec Congr):105.
10. *Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana*. 2012.
20. *Jansà M, et al. Diabetes Res Clin Pract*. 2006;74(1):26-32.
11. *Programa de prevenció i atenció a la cronicitat a Catalunya*. 2012.
21. *Marqués ML, et al. Informe Osteba D-13-05*.
12. *Ayala MC, et al. Endocrinol Nutr*. 2014;61(EspecCong):25-122.
22. *Pérez-Ferre N, et al. Diabetes Res Clin Pract*. 2010;87(2):e15-7.
23. *Pérez-Ferre N, et al. Int J Endocrinol*. 2010;2010:386941.
24. *Rueda S, et al. Av Diabetol*. 2008;24(2):151-6.