

ANEXO I

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

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA:

ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS

2. TÍTULO Y NOMBRE DEL PROYECTO PRESENTADO A BBPP:

IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA LUMBALGIA

3. DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE

- **Nombre de la entidad y de la persona de contacto:** Hospital General de Granollers
- **Domicilio social** (incluido Código Postal.): C) Francesc Ribas SN 08400 Granollers
- **CCAA:** Cataluña
- **Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:**
 - Nombre y apellidos: Dr. Xavier Surís Armangué
 - e-mail: xsuris@fhag.es
 - Teléfono: 938425000 (6019)

4. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	Atención sanitaria: Detección y acceso precoz, coordinación y continuidad asistencial y mejora de la práctica clínica

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda

- Estatal
- Comunidad Autónoma, provincia, municipio

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.



- Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
- Zona básica
- Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: 1-1-2010
- Actualmente en activo: Si
- Fecha de finalización:

7. BREVE DESCRIPCIÓN

Población diana

El ámbito de aplicación del nuevo modelo de atención abarca un hospital comarcal, el Hospital General de Granollers (HGG) y todas las áreas básicas de salud (ABSs) del área de dependencia. La población de referencia es de 250.000 habitantes (población atendida de 240.000 personas). Los profesionales clínicos que han participado con el cambio organizativo son 300 médicos de atención primaria y 16 de atención especializada. Alrededor de 3600 personas son derivadas anualmente al HGG desde atención primaria (AP) con el diagnóstico de lumbalgia.

Objetivos:

PRINCIPAL

1. Mejorar la continuidad asistencial transformando un modelo de atención fragmentado en un modelo de atención integrado ente Atención Primaria y Atención Especializada.

SECUNDARIOS

2. Disminuir la variabilidad y aumentar la eficiencia del proceso diagnóstico y terapéutico de la lumbalgia
 - Protocolizar el proceso lumbalgia como herramienta de soporte a la decisión clínica
 - Racionalizar la utilización de tecnologías diagnósticas en la lumbalgia (RNM/TAC)
3. Mejorar la capacidad resolutoria de AP
 - Formación específica
 - Acceso a pruebas complementarias bajo petición protocolizada por parte de los médicos de AP.
 - Consultoría virtual de patología de raquis como herramienta de soporte a los médicos de AP.
4. Mejorar la accesibilidad de los pacientes con lumbalgia al sistema sanitario
5. Reducir la incapacidad laboral secundaria a la lumbalgia

□ Metodología

El cambio de modelo se llevó a cabo en diversas fases entre el 2010 y el 2012. Este cambio coincidió en nuestra área con una transformación de la provisión de especialistas de COT. Se pasó (2010) de un modelo de especialidad de COT basada en profesionales en el ámbito de AP i dependiente del ICS (Institut Català de la Salut)) (Centros de especialistas, CAP2) a una integración de todos los especialistas del área de referencia al HGG (2011) y posteriormente al nuevo modelo de atención integrado (2012). Este proceso de reordenación de la atención especializada (RAE) se llevó a cabo durante el año 2010 y conllevó una pérdida total de horas de especialista en COT.

FASES DEL PROYECTO

1.- Fase estratégica

2.- Formación y difusión

3.- Implementación

1.- FASE ESTRATÉGICA

La primera fase se desarrolló a través de un grupo de trabajo multidisciplinario y multi-proveedor que contó con representantes de todas las especialidades y profesiones sanitarias implicadas así como representantes institucionales, con el apoyo de responsables locales del Catsby (Server Català de la Salut / Financiador público).

El trabajo de este grupo técnico está recogido en un documento publicado y contiene los elementos estratégicos que definen el nuevo modelo asistencial, la implementación y los indicadores de seguimiento.

2.- FORMACIÓN Y DIFUSIÓN

Una vez pactado el documento entre los participantes se pasó a informar a todos los profesionales implicados a través de sesiones presenciales y telemáticas. Inicialmente se hizo una presentación telemática del documento y sus contenidos a través de una sesión vía web a todos los profesionales de AP. En una segunda fase se presentó el documento a profesionales seleccionados de cada ABS (formación de formadores) que posteriormente trasladaron a cada equipo en sesiones locales.

3.-IMPLEMENTACIÓN.

ACCIONES CONCRETAS SOBRE EL CAMBIO DE MODELO

A NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA:

La implementación del nuevo modelo de atención al dolor lumbar ha supuesto un cambio significativo en la cartera de servicios de AP. El médico de AP se rige por los protocolos de

actuación pactados y tiene acceso a la RNM lumbar con el soporte de algoritmos de indicación. Asimismo, tiene a su disposición un mecanismo de consulta rápido vía correo electrónico (raquis@fhag.es) donde puede seguir consejo terapéutico en casos seleccionados. El especialista consultor (COT experto en patología de columna vertebral) tiene acceso a la información clínica y al resultado de las exploraciones complementarias.

La derivación se hace a través de un único punto de acceso informático y con una información mínima estructurada que se valora para su validación. Este acceso único, distribuye los casos consultados entre las especialidades que correspondan en cada momento de manera ordenada y se hace responsable de dar la información suficiente al nivel de AP, durante la valoración y el seguimiento del caso, hasta el alta.

A NIVEL HOSPITALARIO

A nivel hospitalario, las tres especialidades que intervienen se comportan como una Unidad funcional en la atención a los pacientes con lumbalgia y se dotan de mecanismos de coordinación y sesiones conjuntas para solucionar los casos complejos.

8. RESULTADOS Y EVALUACIÓN

El número de derivaciones desde AP se empezó a reducir de manera significativa en el periodo de difusión del contenido del nuevo modelo (verano del 2011). Al final del 2012, la reducción respecto al año anterior fue de 3640 a 2792 casos (reducción de un 23% en global)

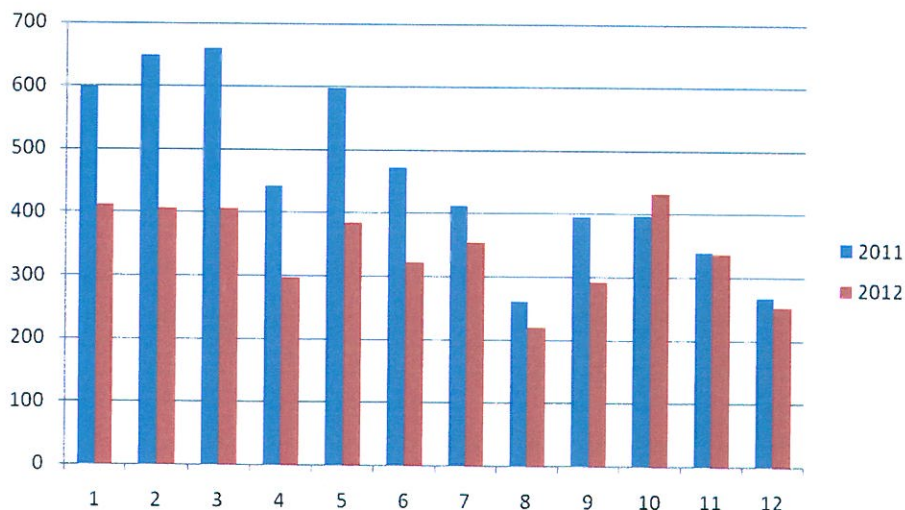


Gráfico 1: Número de derivaciones totales desde atención primaria a especialidades hospitalarias HGG. Comparativo mensual 2011-2012

La frecuentación de primeras visitas en AH por lumbalgia se redujo durante este período de tiempo de 1/65 a 1/85.



Los días de espera de los pacientes con diagnóstico de lumbalgia derivados a atención especializada fue de 71 días en el año 2011 y de 40 días en el 2012 y el número de pacientes en espera se redujo de 905 a 695 en el mismo periodo.

El porcentaje de pacientes con estudio radiológico simple disminuyó en un 12,3% (del 36,7% al 24,4% : 150/408 vs 83/314) del 2011 al 2012. El coste total de las pruebas complementarias se redujo cuando se sumaron las prescripciones de TAC y RNM

	RNM lumbar				TAC lumbar				Coste anual TAC +RNM
	ICS	HGG	N total	Coste	ICS	HGG	N total	Coste	
2011	211	769	980	148960	846	603	1449	101430	250390
2012	697	459	1156	175712	193	349	542	37940	213652

Numero de exploraciones complementarias (TAC y RNM lumbar) y coste asociado; comparativo 2011-2012 del conjunto de ICS+HGG

El número de procesos de IT fue exactamente el mismo (122) pero la duración media de los mismos se redujo de manera significativa, desde 57 a 32 días de media.

Los resultados de la encuesta de satisfacción muestran que la información dada durante el proceso es adecuada globalmente y en todos los ámbitos, con medianas y medias entre 8 y 7, respectivamente. La impresión del paciente sobre si se le ha resuelto el motivo de la consulta es indeterminada globalmente y a todos los ámbitos (mediana y media de 5). Finalmente, la satisfacción general con el proceso de atención ha sido buena tanto globalmente, como cada uno de los ámbitos con medianas y medias entre 8 y 7, respectivamente.

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 alimenta el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.