

MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

EPOC (ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA)

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

UNIDAD DE CUIDADOS CRÓNICOS RESPIRATORIOS AMBULATORIOS (UCCRA)

Enlace a sitio web (si procede):

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- Nombre de la entidad: HU FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ
- Domicilio social (incluido Código Postal): Avda. Reyes Católicos, 2 28040 Madrid
- CCAA: Madrid
- Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:
Nombre y apellidos: Dr. Felipe Villar Alvarez
E-mail: FVillarA@fjd.es
Teléfonos: 91 550 48 00 – ext. 2492

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
x	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

5. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: 2013
- Actualmente en activo: Si
- Prevista su finalización: Indefinida

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.



6. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Explicitar la línea de actuación de la Estrategia en la que se considera que está enmarcada esta experiencia. Aunque se admiten hasta un máximo de 3, es recomendable que sólo se señale la línea principal. En cualquier caso, señale ésta en primer lugar.

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	Atención al paciente crónico
	Atención al paciente con exacerbación

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Que justificó la realización de la experiencia. La **Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria** será de gran ayuda para orientar qué tipo de información será especialmente relevante en este apartado además de los datos propios del análisis (ejemplo: información sobre sistemática general de búsqueda de la evidencia científica que lo sustentó, datos desagregados por sexo, datos de estructura, etc.).

La necesidad de una atención especial al enfermo respiratorio crónico grave viene principalmente del hecho de que los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) grave y muy grave sufren una media de 1,5 a 2 agudizaciones al año, con un elevado consumo de recursos y alta tasa de ingresos. Además, las agudizaciones son la causa observable de muerte más frecuente en estudios prospectivos. La atención ambulatoria puede desarrollar su aplicación y extenderse a una atención domiciliaria, de manera que pacientes seleccionados de EPOC pueden llegar a recibir el tratamiento de la agudización en su domicilio, con unos resultados que son coste-efectivos, derivados en parte de que la hospitalización por agudización de EPOC representa el 70% de los costes de esta enfermedad. Los pacientes tratados en su domicilio reducen significativamente la duración del ingreso y el número de visitas a las urgencias hospitalarias, mejorando su calidad de vida frente a los pacientes ingresados. También, los costes se reducen en torno a un 60% con la hospitalización domiciliaria.

Podríamos decir, por tanto, que la hospitalización domiciliaria en casos seleccionados es segura y eficaz como alternativa frente a la hospitalización tradicional. Existen múltiples publicaciones acerca de la eficacia de estas unidades con una evidencia que actualmente está universalmente aceptada, aunque existe dispersión en las metodologías utilizadas en distintos centros y la comparación de los resultados es difícil, con revisiones que son claramente favorables a la eficacia de estas unidades y otras que no encuentran diferencias entre los dos sistemas.

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 las páginas 10-12 de la Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria.

8. OBJETIVOS

En este apartado debe cumplimentar el objetivo principal y en su caso objetivos específicos de la experiencia. Deben estar claramente definidos, acordes con la experiencia que se desarrolla y ser concisos.

UCCRA nace con la idea de ofrecer una hospitalización domiciliaria (HDOM) de calidad tras el alta al paciente "frágil" con diagnóstico de agudización de EPOC. En la planificación de esta unidad intervienen los siguientes objetivos.

8.1. Objetivos generales

- Proporcionar una atención sanitaria de calidad en domicilio a los pacientes crónicos con agudización de EPOC y "frágiles", mediante atención domiciliaria, para facilitar un mejor control y manejo de su enfermedad, actuando sobre la progresión de la patología y la prevención de las comorbilidades asociadas.
- Favorecer la autonomía en los cuidados respiratorios (educación sanitaria del enfermo respiratorio crónico, adiestramiento en el uso de medicación inhalada, etc.).

8.2. Objetivos específicos

- Disminuir los reingresos urgentes, con el mismo Diagnóstico Principal y con la misma Categoría Diagnóstica Mayor, en 0-30 días, del paciente con agudización de EPOC dado de alta desde el Servicio de Neumología.
- Reducir la estancia media de los pacientes dados de alta por cualquier diagnóstico y la de los pacientes dados de alta con diagnóstico de agudización de EPOC desde el Servicio de Neumología.
- Apoyar desde el Hospital de Día (HD) de Neumología en el control de las terapias respiratorias domiciliarias (oxigenoterapia, aerosolterapia, CPAP, BiPAP, etc.).
- Favorecer la atención a los pacientes, de manera presencial en el HD o a través de la atención telefónica u online, mediante la creación de módulos de guardia, realizados por adjuntos y residentes de Neumología.
- Realizar seguimiento telefónico, y presencial, mediante HDOM, tras el alta de los enfermos denominados "frágiles" o "agudizadores".
- Facilitar la resolución de dudas y atención de propuestas de pacientes, familiares y cuidadores a través de la creación de un buzón de correo online. Este proceso nace dentro de las iniciativas de comunicación no presencial con los pacientes y ayuda a subsanar los problemas de la accesibilidad telefónica.



9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Se explicitará el ámbito específico al que se refiere y se dirige la experiencia y su alcance (territorial, sectorial, asistencial, etc.), así como la población diana (población general, profesionales, servicios sanitarios, etc.) objeto de la experiencia.

El Servicio de Neumología del Hospital Fundación Jiménez Díaz cuenta actualmente con un total de 56 profesionales, de los cuales 15 son médicos neumólogos y 7 médicos residentes.

Dicho servicio cuenta con una amplia actividad asistencial, llevándose a cabo, en el 2012, 16.020 consultas, 17.600 pruebas diagnósticas, 1.566 ingresos, 1.606 altas hospitalarias y un total de 35.266 actos sanitarios.

Teniendo en cuenta el volumen de actos sanitarios, la calidad de técnicas diagnósticas y terapéuticas, y asistencial de las diferentes unidades, y las cifras de estancia media y reingreso, surge la necesidad de ofrecer a los pacientes un seguimiento domiciliario de calidad tras el alta, principalmente al paciente con diagnóstico de agudización de EPOC y enfermo "frágil". Esta estructura permitiría gestionar mejor la hospitalización de los pacientes con patologías crónicas y mejorar las cifras de estancia media y reingresos.

La implantación de UCCRA en otros centros, áreas o entornos es posible y factible, debiendo de haber un compromiso de la Gerencia y Dirección médica en el manejo del paciente crónico, estrategia actual de la Comunidad de Madrid. La aplicabilidad y beneficios de su implantación, como expondremos a continuación, alcanzan a los pacientes, a los profesionales y a los distintos sistemas sanitarios.

Los pacientes que sean incluidos en UCCRA tras ser dados de alta por una agudización de EPOC, se beneficiarán de una atención sanitaria de calidad en su domicilio mediante un programa de atención domiciliar que facilite un mejor control y manejo de su enfermedad, actuando sobre la progresión de la patología y la prevención de las comorbilidades asociadas. La reducción en el número de hospitalizaciones y reingresos derivará en una menor mortalidad. Además, los pacientes verán favorecida su autonomía en los cuidados respiratorios (educación sanitaria del enfermo respiratorio crónico, adiestramiento en el uso de medicación inhalada, etc.), con mejor calidad de trato percibida.

El Servicio de Neumología que albergue UCCRA podrá ver disminuir los reingresos urgentes por agudización de EPOC y globales del servicio. Además podrá disminuir la estancia media de los pacientes dados de alta por cualquier diagnóstico y la de los pacientes dados de alta



con diagnóstico de agudización de EPOC. El servicio verá aumentados sus recursos humanos y materiales y también mejorará su desarrollo e investigación, aportando nuevos datos acerca del beneficio de las unidades de hospitalización domiciliaria.

El hospital, mediante UCCRA, podrá no sólo ver reducidos los reingresos y la estancia media de los pacientes hospitalizados con EPOC agudizado, sino que disminuirán los gastos sanitarios derivados de estas reducciones, con el consiguiente beneficio para el sistema sanitario.

Otra potencial aplicabilidad es la creación de módulos de guardia de Neumología, en aquellos servicios que no dispongan de ellos, con el objetivo de, entre otros, dar asistencia a pacientes de UCCRA que requieran una valoración urgente de su agudización de EPOC.

La creación de un buzón de correo online y una carpeta de acceso al historial clínico del paciente podrá facilitar la comunicación no presencial con los pacientes, mediante la resolución de dudas y atención de propuestas de pacientes, familiares y cuidadores.

La evaluación de los objetivos de UCCRA, mediante indicadores de gestión de medida y control, y cuestionarios de satisfacción de la calidad percibida por el paciente, proporcionará mejoras en el programa, con el consiguiente beneficio en la gestión sanitaria y en la salud de los pacientes.

10. METODOLOGÍA

En este apartado se valorará especialmente la claridad con que se expone y la sistemática de la misma, así como el hecho de aportar y poner a disposición, cuando proceda, los instrumentos o herramientas utilizados para llevar a cabo la experiencia a la que se refiere. Si la metodología y/o instrumentos utilizados se encuentran disponibles en alguna página Web institucional (nacional o internacional) será preciso referenciarla en este apartado, aunque luego figure en la bibliografía.

10.1. Equipo multidisciplinar

UCCRA ofrece un seguimiento domiciliario de calidad tras el alta al paciente con diagnóstico de agudización de EPOC y siendo enfermo "frágil". En esta actuación y para el cumplimiento de los previos objetivos, interviene el siguiente equipo multidisciplinar.

- *Enfermera coordinadora:* Enfermera supervisora del Servicio de Neumología.
- *Enfermera de hospitalización:* Personal de enfermería del área de hospitalización.
- *Enfermera de enlace con Atención Primaria:* Enfermera del hospital con labor de enlace con Atención Primaria.
- *Enfermera del HD:* 2 enfermeras del Hospital de Día de Neumología, una en turno de mañana y otra de tarde.
- *Enfermera de la HDomic:* 2 enfermeras para labor en HDomic, una en turno de mañana y otra de tarde.

Trabajadora social: Trabajadora social del hospital con labor adjunta al Servicio de Neumología.

- **Neumólogo de hospitalización:** Neumólogos del Servicio de Neumología con actividad en el área de hospitalización.
- **Neumólogo de guardia:** Neumólogos y residentes de tercer y cuarto año del Servicio de Neumología.

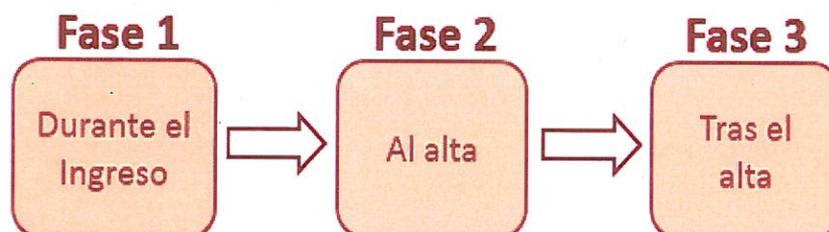
El campo de actuación sobre el paciente se desarrolla en el domicilio y en el hospital (consultas, área de hospitalización y Hospital de Día del Servicio de Neumología), durante los 30 primeros días tras su alta.

10.2. Procedencia de los pacientes

- **Hospitalización:** Principal vía de acceso. Pacientes con criterios de altas precoces o pacientes con criterios de riesgo de reingreso según el baremo existente en la Escala del Riesgo de Reingreso (ERR).
- **Urgencias:** Pacientes con criterios de hospitalización que serán previamente supervisados por neumólogos del Servicio de Neumología, seleccionándose aquellos que pueden tener una oportunidad de tratamiento alternativo en la HDomic.
- **Consultas:** Pacientes que acudan a la consulta en situación de agudización de su EPOC, reúnan criterios de ingreso y se les pueda ofrecer una oportunidad de tratamiento en la HDomic.

10.3. Fases de actuación desde la hospitalización

El desarrollo de actuación se lleva a cabo en las siguientes fases:



- Fase 1. Durante el ingreso

Intervienen los siguientes elementos con sus respectivas funciones.

- **Neumólogo de hospitalización:** Identificación del paciente con la siguiente escala riesgo de reingreso (ERR):



Puntuación

Variables permanentes (máx 14)

- Edad
- Exacerbaciones no hospitalarias últimos 12 meses
- Hospitalizaciones últimos 12 meses
- FEV1
- Perfil de bronquitis crónica
- Colonización bacteriana
- Índice de Kamořáky
- Comorbilidad cardiovascular

Variables temporales (máx 22)

- Más tos
- Aumento de la cantidad de expectoración
- La expectoración es más oscura (marrón, verde, amarillo, rojo):
- Tiene fiebre o sensación de fiebre
- Más silbidos en el pecho
- Tiene menos energía hoy
- Ha utilizado más veces el inhalador de rescate
- Ha orinado menos de lo habitual
- Se le han hinchado las piernas
- Ha necesitado levantar el cabecero para respirar mejor
- Ha tomado correctamente su medicación

MÁX GLOBAL 36

0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
<50	50-65	>65	>75			
0		1			≥2	
0						≥1
>80%	50-59%	40-49%	30-39%	<30%		
No		Sí				
No		Sí				
70-100		50-69		<50		
No				Sí		
No		Sí				
No						Sí
No				Sí		Sí
No		Sí				
No		Sí				
No						Sí
No					Sí	Sí
Sí				No		

Riesgo muy alto 27-36
Riesgo alto 18-26
Riesgo medio 10-17
Riesgo bajo <10

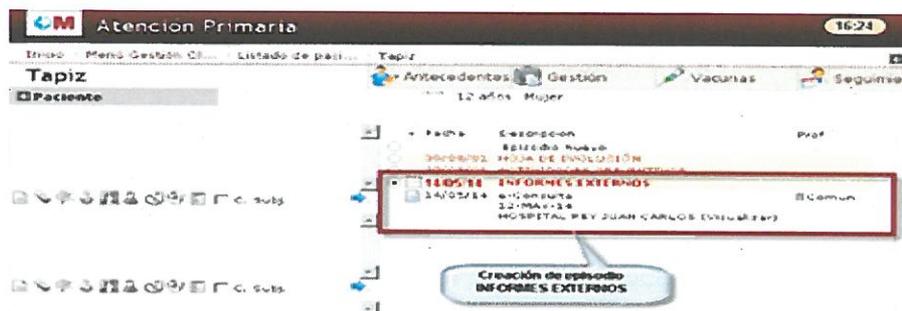
Las “variables permanentes” serán completadas por el neumólogo de hospitalización, incluyendo en UCCRA aquellos pacientes con una puntuación mayor de 7 o más de 2 hospitalizaciones en el último año.

Las “variables temporales” serán completadas por la enfermera coordinadora o de asistencia domiciliaria con identificación del riesgo final del paciente.

- *Enfermera coordinadora:* Primera visita al paciente, familiares y cuidadores y comunicación con la enfermera responsable.
- *Enfermera de hospitalización:* Formación en autocuidados y manejo de medicación.
- *Trabajadora social:* Detección y evaluación del riesgo social e información de recursos.

- Fase 2. Al alta

- *Neumólogo de hospitalización:* Información oral e informe escrito de alta, conciliación del tratamiento, cita de seguimiento en consulta de especialista e inclusión en HDomic.
- *Enfermera coordinadora:* Entrevista con paciente, familiares y cuidadores y entrega de hoja informativa de la Unidad de cuidados y recomendaciones.
- *Enfermera de hospitalización:* Informe de alta y listado de últimas tomas de medicación.
- *Enfermera de enlace con Atención Primaria:* Información a la enfermera de Atención Primaria del alta, pudiendo visualizar los informes de alta que les llegarán al “Buzón de informes externos” de AP-Madrid, tanto al médico como a la enfermera del paciente.





▪ *Enfermera de la HDomic:* Apoyo a la enfermera coordinadora y a la de hospitalización con una primera valoración y conocimiento clínico y de las necesidades terapéuticas del paciente a seguir en su domicilio.

- **Fase 3. Tras el alta.**

Inclusión del paciente en la HDomic.

10.4. Hospitalización Domiciliaria (HDomic)

- **Procedencia de los pacientes**

Los mismos que en el apartado 10.2.

- **Personal sanitario y funciones**

- *Enfermera coordinadora:* Gestión de la enfermería con soporte humano y de recursos materiales a la enfermera de la HDomic. Previsión de ingreso de los pacientes valorados por el neumólogo de apoyo o del módulo de guardias.
- *Enfermera de la HDomic:* Actuación por vía telefónica, *on line* y presencial mediante:
 - Visita en las primeras 24 horas tras el ingreso en UCCRA.
 - Recogida de los datos del entorno y de la existencia de cuidadores.
 - Recogida de cuestionario protocolizado de las “variables temporales” con evaluación del riesgo según la ERR.
 - Recogida de datos según plantilla clínica y de enfermería.
 - Revisión del cumplimiento y soporte del tratamiento farmacológico, de oxigenoterapia, de ventilación mecánica, etc.
 - Establecer derivación, en casos de deterioro, al HD o a Urgencias.
 - Establecer fecha de revisión en casos de buena evolución según el plan de actuación.
 - Informe en INdra de las actuaciones realizadas.
 - Comunicación de los resultados al neumólogo de apoyo y a la enfermera coordinadora.
 - Cuando se precise, seguimiento online u telefónico post-alta mediante cuestionario ERR para estratificar el riesgo.
 - Seguir el plan de actuación según el riesgo establecido por la ERR.



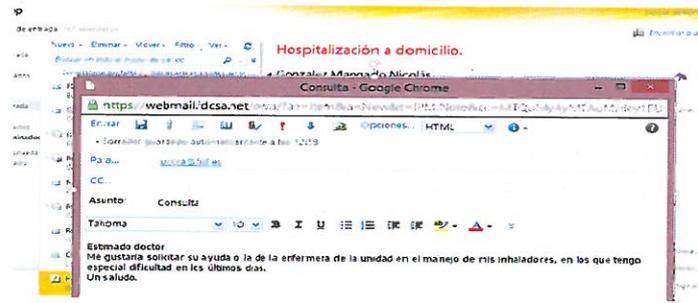
Plan de Actuación

- **Riesgo muy alto:** Contacto urgente con el neumólogo de apoyo en el mismo día y, si procede, visita del paciente al hospital dentro de las siguientes 24 horas para monitorización en sesión de Hospital de Día.
 - **Riesgo alto:** Contacto programado con el médico en las siguientes 24 horas y, si procede, visita del paciente al hospital dentro de las siguientes 72 horas para monitorización en sesión de Hospital de Día.
 - **Riesgo medio:** Información por parte de la enfermera según el protocolo de la actividad. Visita domiciliaria a las 24-48h para seguimiento.
 - **Riesgo bajo:** Información por parte de la enfermera según el protocolo de la actividad con visita domiciliaria o llamada telefónica cada 5-7 días hasta completar un mes de seguimiento.
-
- *Enfermera del HD:* Apoyo diagnóstico y terapéutico según el plan de actuación e indicación médica. Realizado tanto en horario matinal de 08:00 a 15:00, como de 15:00 a 22:00 horas.
 - *Neumólogo de hospitalización y de guardia:* Soporte diagnóstico y terapéutico por vía telefónica, online o presencial en HD según el plan de actuación. Realizado por neumólogos de consulta u hospitalización en horario matinal de 08:00 a 15:00 horas, y por neumólogo del módulo de guardias de 15:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y de 09:00 a 14:00 horas los sábados, domingos y festivos.

- **Áreas de actuación**

La intervención de cada uno de los profesionales que integran UCCRA se realizará por vía:

- *Domiciliaria:* Mediante la enfermera de la HDomic en horario matinal.
- *Hospitalaria:* Mediante la enfermera del HD y el neumólogo de apoyo o del módulo de guardias.
- *Telefónica:* Mediante el apoyo al paciente por la enfermera de la HDomic o del HD, y del neumólogo de apoyo o del módulo de guardias.
- *Online: Online,* mediante:
 - *Buzón de correo,* para responder dudas o sugerencias planteadas por pacientes, familiares o cuidadores y que puedan ser contestadas por esta vía de comunicación. Serán valoradas en un primer momento por la enfermera de la HDomic o del HD, con respuesta por su parte si procede, o con derivación posterior para respuesta por parte del médico responsable del alta o neumólogo de apoyo o del módulo de guardias, en los horarios de la UCCRA.



- **Carpeta del paciente**, a través de la cual el paciente podrá visualizar sus informes, los resultados de sus pruebas o el tratamiento pautado. También podrá gestionar sus citas.



10.5. Hospital de Día (HD)

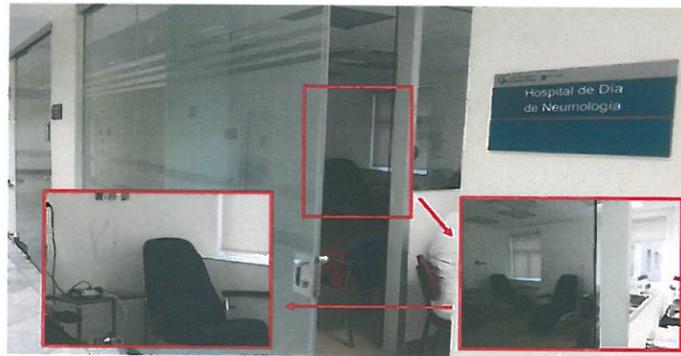
- **Procedencia de los pacientes**

Los mismos que en el apartado 10.2.

- **Personal sanitario y funciones**

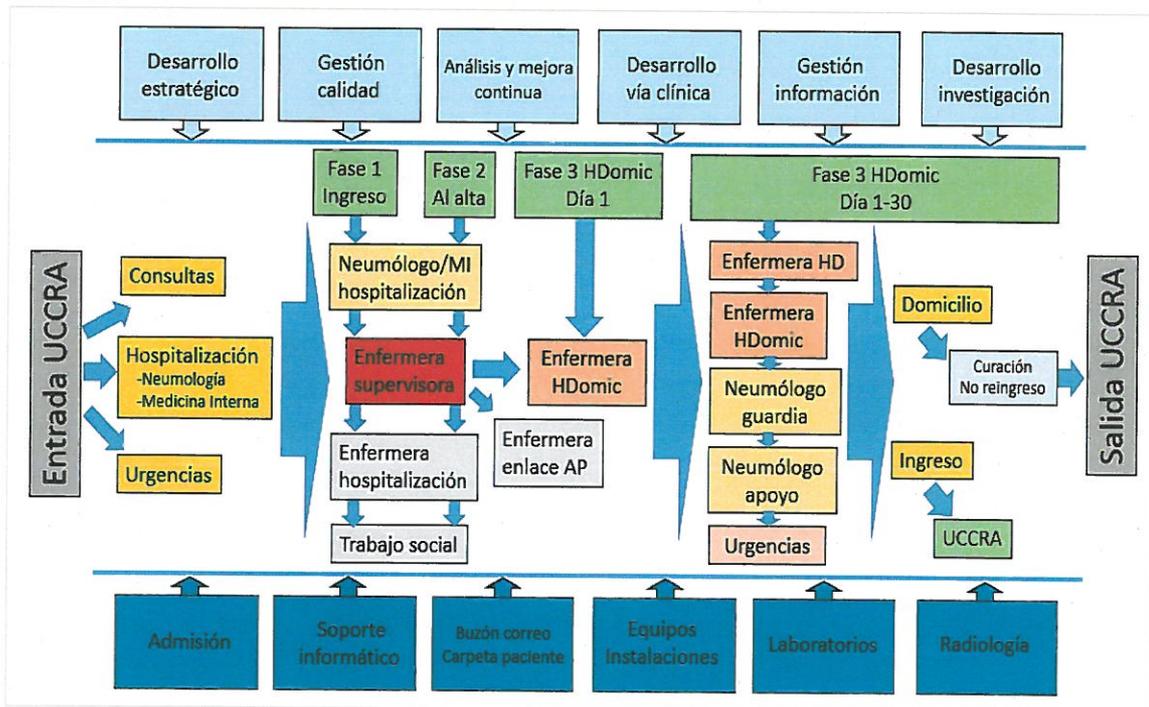
- **Enfermera coordinadora:** Gestión de la enfermería con soporte humano y de recursos materiales a la enfermera de la HDomic. Previsión de ingreso de los pacientes valorados por el neumólogo de apoyo o del módulo de guardias.
- **Enfermera del HD:** Actuación por vía telefónica, *on line* y presencial mediante:
 - Registro del paciente como ingresado en "Neumología D" (HD).
 - Ubicación del paciente en un sillón configurado a la mejor postura adaptada a la situación del paciente y con ropa cómoda.
 - Tratamiento de oxigenoterapia y de ventilación mecánica según proceda. Tratamiento farmacológico, si procede: broncodilatadores, corticosteroides, antibióticos, etc., según protocolo terapéutico del Servicio de Neumología.

- Monitorización de: saturación de oxígeno continua, frecuencia cardiaca continua, frecuencia respiratoria cada 30-60 minutos, tensión arterial cada 30-60 minutos y temperatura cada 1-2 horas.
 - Recogida de analítica urgente de al menos “perfil urgencias” y gasometría arterial basal o con oxigenoterapia. Radiografía de tórax portátil si procede.
 - Recogida de datos según plantilla clínica y de enfermería.
 - Sesiones de educación sanitaria, valoración nutricional y terapia inhalada.
- *Neumólogo de hospitalización y de guardia:* Soporte diagnóstico y terapéutico, por vía telefónica, online o presencial, por el neumólogo del módulo de guardias de 15:00 a 20:00 horas. Participación directa en la decisión de alta u hospitalización del paciente antes de que termine la jornada laboral.



10.6. Mapa de procesos

A continuación mostramos el mapa de procesos de la UCCRA.





10.7 Cronograma

- **2012:** Valoración de resultados e inicio de mejoras en la asistencia de los pacientes con exacerbación de EPOC con implantación de la vía clínica de la agudización del EPOC del hospital y de las guías clínicas nacionales e internacionales de la comunidad científica.
- **2013:** Implantación de UCCRA con asistencia telefónica y derivación a consultas de Neumología y Urgencias a aquellos pacientes con recaídas y deterioro del estado clínico.
- **2014:** Implantación de UCCRA con asistencia domiciliaria y telefónica y derivación a consultas de Neumología y Urgencias a aquellos pacientes con recaídas y deterioro del estado clínico.
- **2015:** Desarrollo de UCCRA con asistencia domiciliaria y telefónica y derivación al Hospital de Día de Neumología a aquellos pacientes con recaídas y deterioro del estado clínico, con asistencia del neumólogo de consultas y de guardia.

11. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Se pondrá especial atención en indicar explícitamente y de forma clara cuales han sido los indicadores empleados para la evaluación de la experiencia que se presenta, concretando fuentes utilizadas para su obtención, fórmula cuando proceda, etc. En caso de evaluación cualitativa, indicar actores, ejes de análisis, etc.

Se realizarán las medidas de los siguientes indicadores:

- Estancia media.
- Altas con reingreso por agudización de EPOC.
- Altas con reingreso urgente con el mismo Diagnóstico Principal en 0-30 días.
- Altas con reingreso urgente con el misma Categoría Diagnóstica Mayor en 0-30 días.
- Altas con reingreso urgente en 0-30 días.

Dado que en la literatura médica y en la revisión de datos previos de otras unidades de hospitalización domiciliaria existe demasiada variabilidad en la metodología aplicada, y que no hay unanimidad en los resultados comparativos obtenidos, pensamos que unos resultados coherentes serían una disminución anual del 10% con respecto al valor obtenido en 2013.

Las evaluaciones se realizarían cada tres meses, tras la implantación de la HDomic, con datos comparativos de los indicadores objeto de estudio con los obtenidos en el mismo periodo.



del año anterior a la implantación de la HDomic. Estos resultados se compararán, mediante benchmarking, con los obtenidos por otros hospitales de la Comunidad de Madrid. Además, éstos servirán de aprendizaje y podrán conducir a modificaciones en la planificación de UCCRA.

Además, se realizarán cuestionarios de satisfacción de la calidad percibida por el paciente al alta, transcurrido un mes de dicha alta y abandono de la unidad.

• **RESULTADOS.**

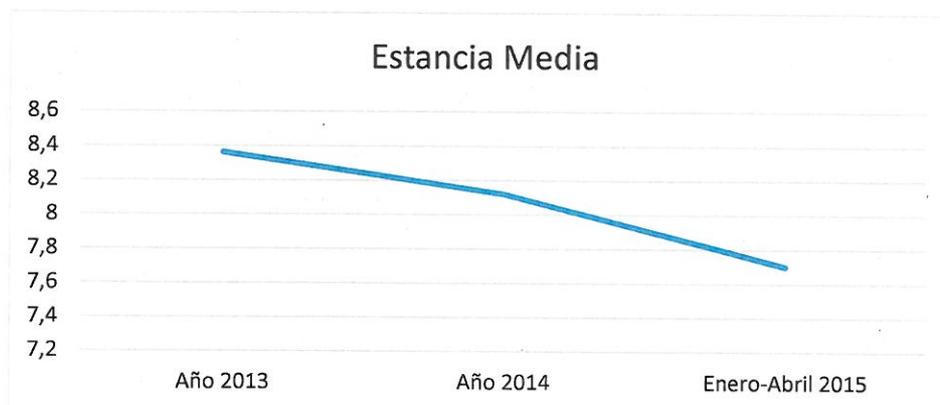
Además de los datos correspondientes se aportarán gráficos o tablas que faciliten su visualización e interpretación.

Los datos que se muestran a continuación son extraídos Los datos que se muestran a continuación son extraídos por el Servicio de Documentación Clínica a través inicialmente de la herramienta informática IAMETRICS y, a partir del 2015, ALCOR.

En ALCOR, está cargado el CMBD (Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria y Ambulatoria de la Comunidad de Madrid). Los registros del CMBD, contienen la codificación de diagnósticos y procedimientos de los episodios, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 9 MC.

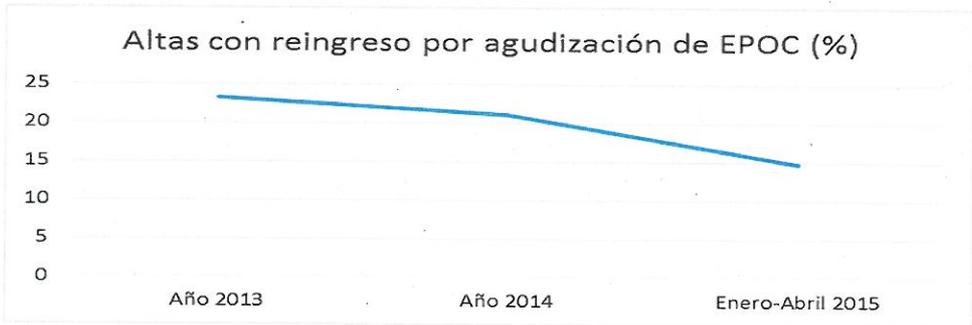
A continuación, presentamos los datos correspondientes a los años 2013, 2014 y 2015 (enero-abril) , donde se puede observar la evolución de los distintos momentos de la implantación de la UCCRA y los correspondientes efectos en cuanto a la disminución de la estancia media, alta con reingreso por agudización de EPOC (%), alta con reingreso urgente con el mismo Diagnóstico Principal (%), alta con reingreso urgente con la misma Categoría Diagnóstica Mayor en 0-30 días (%) y alta con reingreso urgente en 0-30 días (%) del Servicio de Neumología.

Año	2013	2014	2015
Estancia Media	8,36	8,12	7,70

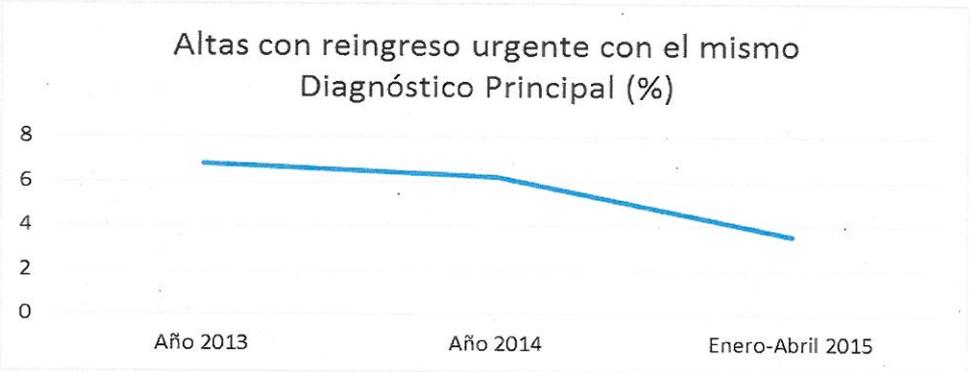




Año	2013	2014	2015
Altas con reingreso por agudización de EPOC (%)	23,27	21,06	14,74



Año	2013	2014	2015
Altas con reingreso urgente con el mismo Diagnóstico Principal (%)	6,83	6,21	3,57



Año	2013	2014	2015
Altas con reingreso urgente con la misma Categoría Diagnóstica Mayor en 0-30 días (%)	13,66	11,15	7,91



Año	2013	2014	2015
Altas con reingreso urgente en 0-30 días (%)	19,04	16,13	13,65



12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En aquellos casos en que los resultados obtenidos en la evaluación hayan permitido establecerlas. Estas podrán emitirse tanto en caso de resultados positivos obtenidos, como en caso de resultados no esperados y/o resultados negativos, que hayan implicado el establecimiento y articulación de medidas correctoras para mejorar la calidad de la intervención realizada.

Tras la evaluación de los resultados y la experiencia adquirida con la UCCRA podemos concluir que con su implantación se ha conseguido:

- Proporcionar una atención sanitaria de calidad en domicilio a los pacientes crónicos con agudización de EPOC y “frágiles”, y facilitar un mejor control y manejo de su enfermedad, actuando sobre la progresión de la misma.
- Favorecer la autonomía en los cuidados respiratorios mediante la educación sanitaria del enfermo respiratorio crónico.
- Disminuir los reingresos y la estancia media del paciente dado de alta desde el Servicio de Neumología.
- Apoyar desde el Hospital de Día de Neumología en el control de las terapias respiratorias domiciliarias.
- Favorecer la atención a los pacientes, de manera presencial en el Hospital de Día o a través de la atención telefónica u online, mediante la creación de módulos de guardia.

Por tanto, la aplicación de la UCCRA en hospitales y en otros centros podría suponer un elemento esencial en la mejora de la atención a los pacientes con patología crónica, EPOC u otra similar, ya que implica un mayor bienestar de los pacientes y una mejor optimización los recursos sanitarios.

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.