



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

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA:

ESTRATEGIA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

2. TÍTULO Y NOMBRE DEL PROYECTO PRESENTADO A BBPP:

PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRADA A LA ENFERMEDAD CORONARIA CRÓNICA Y ANGINA ESTABLE EN LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Enlace a sitio web (si procede):
<http://www.sergas.es/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=2167>

3. DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE

Nombre de la entidad y de la persona de contacto: Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela, José Ramón González Juanatey
Domicilio social (incluido Código Postal.): Hospital Clínico Universitario, Choupana S/N, 15706, Santiago de Compostela
CCAA: Galicia
Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:
Nombre y apellidos: José Ramón González Juanatey e-mail:
Jose.Ramon.Gonzalez.Juanatey@sergas.es Teléfono: 981 950757

4. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Explicitar la línea de actuación de la Estrategia en la que se considera que está enmarcada esta experiencia. Es recomendable que sólo se señale la línea principal en la que se considera debe clasificarse, no obstante, se admite hasta un máximo de 3 líneas.

| | |
|--|--|
| ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación)² | Asistencia sanitaria (<i>Enfermedad Coronaria Crónica. Angina estable. Disfunción ventricular izquierda</i>) |
| | |
| | |

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.



5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda

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

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: 2012
- Actualmente en activo: sí, continúa
- Fecha de finalización:

7. BREVE DESCRIPCIÓN

Población diana

El Servicio de Cardiología y Unidad de Coronarias (UCC) del CHUS son referencia para la atención hospitalaria de un sector de población que comprende 41 municipios del sur de la provincia de A Coruña y el norte de la de Pontevedra, con un total de 348.250 adultos. De ellos la cuarta parte tienen más de 65 años. A esta población hay que añadir los 60.500 habitantes mayores de 15 años del área del Hospital del Barbanza desde donde se derivan una buena parte de los pacientes afectos de patologías cardiovasculares. Por tanto el número de personas que atiende el servicio de cardiología de Santiago se sitúa en el entorno de las 410.000, de las cuales unas 100.000 son mayores de 65 años.

A este grupo de población hay que añadir un número variable pero significativo en número de pacientes derivados de otras áreas sanitarias para procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad, ya sean electrofisiológicos, hemodinámicos o subsidiarios de técnicas de cirugía cardíaca.

Objetivos:

- Garantizar la accesibilidad diagnóstica:
 - o los pacientes con síntomas sospechosos de angina deben ser atendidos antes de 15 días por un cardiólogo.
- Garantizar la estabilidad del paciente para prevenir nuevos eventos cardiovasculares y descompensaciones:
 - o los pacientes ingresados por SCA deben recibir antiagregantes, estatinas, IECA/ARA (sin contraindicación) y BB sin contraindicación.



- los pacientes ingresados por SCA reciben al alta un programa de educación sanitaria, así como apoyo social, si lo precisan
- los pacientes con SCA deben mantener niveles de TA < 140/90, LDL < 100 (<70) , IMC < 30
- Garantizar una actuación cardiológica adecuada ante las descompensaciones que asegure la mejor efectividad en la atención hospitalaria:
 - los pacientes con diagnóstico de angina crónica estable que presenten síntomas de descompensación deben ser atendidos antes de 15 días por un cardiólogo.
 - Disminuir la tasa de ingresos por SCA, manteniéndose entre 6-7 ingresos por cada 1000 habitantes, mayores de 65 años.
 - la mortalidad de los ingresos de pacientes con SCA debe llevar una tendencia decreciente, manteniéndose por debajo del 5%.
- Garantizar la sostenibilidad de la atención a la CIC
 - Incrementar la prescripción de genéricos, manteniendo el porcentaje por encima del 58 %
 - Mantener el porcentaje de novedades terapéuticas por debajo del 1,5 %
 - Mantener el coste medio por receta por debajo de 14 euros

□ Metodología

RECURSOS

•RECURSOS HUMANOS

La reorganización de la atención cardiológica a los pacientes con CI no ha supuesto incrementar la inversión en recursos humanos. Sin embargo, se acometieron cambios en la distribución y en las funciones del personal facultativo y no facultativo del SCAR.

•RECURSOS TECNOLÓGICOS

- adquisición de 5 nuevos equipos de Ecocardiografía
- adquisición de telemetría para 15 camas de hospitalización convencional
- adquisición de nuevos equipos de Electrocardiografía (4)
- adquisición de nuevos Holter (2)
- adquisición de equipos de Ergometría (2)

Inversión total aproximada en recursos tecnológicos: 400.000 Euros

•RECURSOS INFORMÁTICOS

- Historia Clínica Electrónica (IANUS)
- Gestor de Peticiones electrónico (GPE)



PROCEDIMIENTO

Se desarrolla un nuevo modelo de atención, que consolida la organización compartida entre AP y Atención hospitalaria (AH), reforzando el protagonismo del equipo médico-enfermera de AP. Se evalúan las intervenciones y los resultados en salud, así como la eficiencia del modelo, promoviendo el uso adecuado del medicamento. Se refuerza la capacidad del paciente y su familia para afrontar los determinantes de la buena evolución de la CIC.

El modelo se centra en:

- a) la conexión entre los servicios: canales de comunicación
- b) el establecimiento de un objetivo común y un plan unificado de tratamiento, autocuidado y apoyo social: coordinación asistencial
- c) la sincronización entre actuaciones: capacidad de resolución y sostenibilidad.

El proceso de atención integrada se diseña por un grupo de profesionales multidisciplinar, bajo el liderazgo de SCAR y considerando las GPC actuales. Se compone de 4 fases:

I. Diagnóstico y estratificación de riesgo

- Facilitar la accesibilidad desde Atención primaria al cardiólogo a través de la e-consulta (TIC), en la cual se realiza un intercambio efectivo de información clínica mediante la historia clínica electrónica (IANUS), basada en un protocolo de consenso entre ambos niveles, de acuerdo con guías de práctica clínica.
- Facilitar la resolución del problema a través de las Consultas de Acto Único, en las que existe capacidad para realización de técnicas diagnósticas específicas, como la ecocardiografía, la ergometría y el Holter, en el mismo día de la consulta, para establecer un diagnóstico definitivo, acompañado de una completa evaluación cardiológica.

II. Instauración tratamiento óptimo

- Intercambio efectivo de información clínica mediante la historia clínica electrónica (IANUS). Se define la elaboración de informes claros que contengan información suficiente sobre el diagnóstico, el plan terapéutico y sus objetivos. En esta fase es esencial el papel de Atención primaria en cuanto a seguimiento y continuidad del proceso educativo iniciado en muchos pacientes durante su ingreso hospitalario.

III. Seguimiento, prevención de eventos CV y descompensaciones

- Planificación de la estrategia terapéutica y criterios de derivación de pacientes con cardiopatía isquémica estable, en los que se defina la estabilidad clínica, de acuerdo a las guías de práctica clínica.
- Establecimiento de vías clínicas de atención al paciente con angina estable, que asegura la pronta reevaluación de los pacientes con cardiopatía crónica estable descompensados. Se



elaboró un documento de consenso con criterios explícitos y se creó una consulta cardiológica preferente de acto único.

IV. Tratamiento de eventos CV y descompensaciones

- Capacitar a los pacientes hospitalizados con síndrome coronario agudo, mediante un programa educativo desarrollado por la enfermería de la Unidad Coronaria y la planta de hospitalización. En este programa se realizan diferentes acciones educativas, siendo la más destacables las sesiones de grupo con presentación powerpoint de periodicidad semanal y llevadas a cabo por la enfermería de la Unidad Coronaria y entrega de un tríptico con información básica sobre la enfermedad, los hábitos de vida saludables y medidas de autocuidado.
- Seguimiento de los pacientes con SCA dados de alta en la planta de hospitalización en una consulta específica que se realiza 2 días a la semana. Se mantienen las consultas de revisión en cardiología por un tiempo razonable (6 meses-1año), hasta que se haya optimizado el tratamiento y se haya comprobado la evolución favorable.
- Seguimiento de pacientes de alta en riesgo social por parte de las trabajadoras sociales de Atención primaria.

Diseño de un Cuadro de Mando de seguimiento de objetivos que comprende Atención primaria y hospitalaria.

Difusión y formación continuada de los profesionales (sesiones clínicas, intranet, cursos)

8. RESULTADOS Y EVALUACIÓN

El nuevo modelo organizativo representa una innovación en la forma de trabajar que ha ayudado a redefinir los roles en atención cardiológica. Su desarrollo ha confirmado el papel de liderazgo clínico de Cardiología como promotor de la atención en el área y el liderazgo de los profesionales de atención primaria como referentes de confianza del paciente, por ser garantía de su atención integral y continuada en el tiempo. Un aspecto que favoreció el éxito fue que no hubiera "dueños" de proceso, sino colaboradores o facilitadores de que las actividades se desarrollaran como estaba previsto.

a. Conexión entre los servicios: canales de comunicación

- Se ha creado la figura de cardiólogo consultor para toda el área.
- El uso de IANUS se ha generalizado y la elaboración de informes clínicos corporativos se mantiene en cifras elevadas, con una tendencia creciente.

b. Plan unificado de tratamiento, autocuidado y apoyo social: coordinación asistencial

- Los profesionales del área disponen de criterios y procedimiento unificados en el diagnóstico y seguimiento de la CIC.



- Se han llevado a cabo intervenciones educativas en AP y en AH en más del 80 % de los pacientes que se fueron de alta.
- Se implementa un circuito efectivo de atención al caso social
- Se ha optimizado el proceso de hospitalización, mediante una adecuada gestión de camas, si bien es necesario seguir realizando actuaciones para disminuir la hospitalización.
- Las tasas de mortalidad intrahospitalaria, muestran una tendencia global decreciente a lo largo del periodo analizado.

c. Sincronización entre actuaciones: capacidad de resolución y sostenibilidad

- La e-consulta está totalmente implantada en el área (aprox. 460.000 habitantes) y las consultas de alta resolución han experimentado un fuerte crecimiento.
- Los plazos máximos de demora para la atención de una e-consulta se mantienen actualmente en 7 días para las preferentes y 15 días para las ordinarias, si bien en los periodos vacacionales estas cifras pueden ser puntualmente superiores.
- el tiempo medio de espera de las primeras consultas generales presenciales de Cardiología es menor de 20 días.
- Se han incrementado las consultas de alta resolución, que incluyen las pruebas diagnósticas en el mismo acto de consulta. Sin incrementar su actividad general, sitúa la demora para una primera ecocardiografía en un rango de 19 a 40 días.
- el porcentaje de prescripción de genéricos (58 %) y coste medio por receta (14,1 euros), manteniendo la prescripción de novevades terapéuticas en una cifras por debajo del 1 por ciento (0,13 %)

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.