



MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

“Proceso Asistencial Integrado basado en la e-consulta. Implantación global desde Atención primaria a Reumatología”

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** Galicia
 - **Nombre de la entidad:** Estructura Organizativa de Xestión Integrada (EOXI) de Vigo
 - **Domicilio social:** Rúa García Barbón, 51, planta 4ª 36201 Vigo (Pontevedra)
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.**
 - Nombre y apellidos: Elena Lorenzo Llauger, Directora de Procesos sin ingreso y Urgencias
 - E-mail: elena.lorenzo.llauger@sergas.es
 - Teléfono: 986811111
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: José María Pego Reigosa (IP del Proyecto)
 - F.E.A. Reumatología EOXI de Vigo.- Coordinador del Grupo de investigación en Reumatología del Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur.
 - E-mail: jose.maria.pego.reigosa@sergas.es
 - Teléfono: 986811111, ext. 211375

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Carlos Peña Gil	carlos.peña.gil@sergas.es		F.E.A. Cardiología Ex-Jefe de Servicio de Investigación, Docencia e	Estructura Organizativa de Xestión Integrada (EOXI) de Santiago de

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.



			Innovación, Servicio Galego de Saúde (SERGAS)	Compostela
David Rodríguez Lorenzo	david.rodriguez.lorenzo@sergas.es	986815921	Técnico de Calidad e Innovación	EOXI de Vigo
Rodrigo Varela Gestoso	rodrigo.varela.gestoso@sergas.es	986811111	Subdirector de Sistemas de la Información	EOXI de Vigo
Alberto González Carreró López	Alberto.gonzalez.carrero.lopez@sergas.es	986816000	Jefe de la Unidad de Sistemas de Información Sanitaria	EOXI de Vigo
Olga Míguez Senra	olga.miguez.senra@sergas.es	986816000	Jefe de Sección del Servicio de Admisión	EOXI de Vigo
Julia Bóveda Fontán	julia.boveda.fontan@sergas.es	986425366	Médico de Familia (C.S.Pintor Colmeiro, Vigo)	EOXI de Vigo
Ángeles Charle Crespo	angeles.charle.crespo@sergas.es	986337320	Médico de Familia (C.S.de Porriño)	EOXI de Vigo
José Benito Rodríguez Fernández	jose.benito.rodriguez.fernandez@sergas.es	986650319	Médico de Familia (C.S.de Covelo) Ex-Subdirector de Procesos Sin Ingreso y Urgencias de la EOXI de Vigo	EOXI de Vigo
Francisco Javier	francisco.javier.carames.casal@sergas.es	986882565	Médico de Familia (C.S. de	EOXI de Vigo



Caramés Casal			Marín) Ex-Director de Procesos Sin Ingreso y Urgencias de la EOXI de Vigo	
Ceferino Barbazán Álvarez	ceferino.tomas.barbazan.alvarez@sergas.es	986811111	Coordinador del Servicio de Reumatología de la EOXI de Vigo	EOXI de Vigo
Íñigo Hernández Rodríguez	inigo.hernandez.rodriguez@sergas.es	986811111	Jefe de Sección de Reumatología de la EOXI de Vigo	EOXI de Vigo
Francisco Maceiras Pan	francisco.jose.maceiras.pan@sergas.es	986811111	F.E.A. de Reumatología EOXI de Vigo	EOXI de Vigo
Marina Rodríguez López	marina.rodriguez.lopez@sergas.es	986811111	F.E.A. de Reumatología EOXI de Vigo	EOXI de Vigo
Rafael Melero González	rafael.benito.melero.gonzalez@sergas.es	986811111	F.E.A. de Reumatología EOXI de Vigo	EOXI de Vigo

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

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



6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** julio 2013
- **Actualmente en activo:** NO

Prevista su finalización: Octubre 2014. Finalizada la implantación y extensión de la e-consulta desde Atención primaria a Reumatología a toda el Área sanitaria de la EOXI de Vigo

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación)	Abordaje de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas
---------------------------------------	---

8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Las enfermedades reumatológicas tienen una alta prevalencia en España y, dado que muchos de estos pacientes están en edad laboral, originan un gran impacto sanitario y socioeconómico(1). En otras ocasiones, se trata de pacientes de edad avanzada que pueden sufrir distintos grados de discapacidad que hagan necesario el apoyo de familiares o cuidadores para diferentes actividades de la vida diaria (por ejemplo: su asistencia a las consultas de Reumatología). Por otra parte, la práctica clínica diaria y la literatura científica evidencian la necesidad de un diagnóstico y tratamiento tempranos que favorezcan la reducción de secuelas y un mejor pronóstico de las enfermedades reumáticas(2,3). También se ha demostrado el beneficio que supone el manejo precoz de estas enfermedades por el Especialista en Reumatología(4). Pese a ello, sigue existiendo un excesivo retraso por parte del paciente en buscar la atención médica, así como en su derivación desde Atención primaria (AP) a Reumatología y en la atención por parte de ésta(5).

Este retraso en la atención final por el Especialista en Reumatología del paciente con sospecha de enfermedad del aparato locomotor puede llegar a considerarse “aceptable” para algunas patologías. Sin embargo, para otras es necesario llevar a cabo una orientación previa y priorización que han de basarse en una información clínica adecuada y fiable aportada por el Médico de AP (6,7).

Cuando se planteó la realización de nuestro proyecto (2012), el modelo de organización asistencial en la Estructura Organizativa de Xestión Integrada (EOXI) de Vigo se basaba, en general, en atenciones puntuales fragmentadas por diferentes especialistas, sin apenas comunicación ni coordinación con AP. Con frecuencia, los pacientes acudían a las consultas de



especialistas tras largo tiempo de espera, en muchas ocasiones por procesos banales que podrían ser solucionados de forma inmediata, sin precisar derivación al hospital. El modelo de comunicación entre AP y Atención especializada, y entre especialistas, se basaba en la realización de un volante de interconsulta en papel o electrónico. Este papel derivaba al paciente a engrosar una lista de espera, para ser atendido de forma presencial por el especialista en el hospital. Sin embargo, muchas de estas interconsultas se generaban por desconfianza, inseguridad o eran simples dudas y podrían ser resueltas si existieran fuentes de comunicación inmediatas entre los profesionales. Muchas de las atenciones médicas a las enfermedades crónicas (entre ellas, las enfermedades reumatológicas), no requerirían la asistencia presencial del paciente por parte de especialidades médicas y podrían ser gestionadas desde AP si existiera un cauce de comunicación ágil e inmediato con los especialistas. Era evidente que se hacía necesaria una gestión integral de la comunicación entre profesionales que trabajan en torno al mismo paciente.

En un período de 9 meses (septiembre de 2012 hasta mayo de 2013), previo al inicio de nuestro proyecto de Implantación global de la e-consulta desde Atención primaria a Reumatología en el área sanitaria de la Estructura Organizativa de Xestión Integrada (EOXI) de Vigo, se registró la carga asistencial. En ese período, **la demanda media de atención de primeras consultas desde AP a Reumatología fue de 388,2 pacientes/mes**. En ese mismo período, **el tiempo de espera medio de un paciente para la 1ª consulta presencial por el facultativo de Reumatología era de 83,1 días**. Por otra parte, se evaluó el porcentaje de altas de la 1ª consulta presencial, observando que **el porcentaje de resolución de esa primera consulta era de 22,2%** en ese período de 9 meses.

Por lo tanto, la situación del Proceso previa a la implantación de nuestro proyecto se podría definir por las siguientes características:

1. Todas las consultas a la Especialidad de Reumatología eran de tipo presencial.
2. No existía una priorización reglada de las primeras consultas a Reumatología por motivos de consulta (esperaban lo mismo un paciente con una artritis de inicio reciente que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz que un paciente con sospecha de osteoporosis).
3. Un porcentaje de altas en la 1ª consulta presencial sin un impacto real en el número total de demandas.

El desarrollo de la TELEMEDICINA favorece una aproximación de la asistencia al ciudadano. Muchas dudas que se generan en AP podrían ser resueltas con una consulta telefónica de pocos minutos. El consumo de recursos del sistema tradicional para este tipo de dudas es una fuente de



ineficiencia y gasto para el sistema. El despliegue de la historia clínica electrónica en toda la Comunidad Autónoma de Galicia facilita el acceso a toda la información médica por parte del facultativo en cualquier lugar y en cualquier momento.

La necesidad de mejorar la capacidad de resolución en AP y especializada se fundamenta, principalmente, en una adecuada respuesta de los diferentes dispositivos implicados en la Atención especializada. Por este motivo, en ese contexto de ineficiencia, se estableció un **plan de mejora del proceso** de atención ambulatoria de los pacientes con enfermedades reumatológicas. Para ello, diseñamos un **proyecto de integración asistencial** entre AP y el Servicio de Reumatología, **basado en la colaboración y comunicación** estrecha entre ambos niveles asistenciales y el carácter innovador de la **aplicación de herramientas TIC** (Tecnología de la información y comunicación) a la gestión clínica.

Nuestro proyecto es un Proceso Asistencial Integrado basado en la utilización e implantación de la teleconsulta (e-consulta) como única vía de derivación de pacientes con sospecha de enfermedad reumatológica desde AP al Servicio de Reumatología de la EOXI de Vigo.

9. OBJETIVOS

El **OBJETIVO PRINCIPAL** del proyecto es que la primera consulta desde AP a Reumatología de todos los pacientes (100% de pacientes) se realice a través de teleconsulta (e-consulta). La e-consulta permitiría aplicar unos mecanismos de **priorización** y orientación en la gestión del paciente, usando unos criterios predefinidos consensuados entre AP y Reumatología, lo que permitiría la **optimización de los tiempos de demora** y la **mejora en el grado de resolución** de la atención.

Teniendo en cuenta ese objetivo principal, se establecen los siguientes **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**, centrados en la **priorización, optimización de demoras y mejora de la resolución**:

1. Establecimiento de una herramienta de integración asistencial entre AP y Reumatología.
2. Establecimiento de un mecanismo de gestión de las teleconsultas realizadas desde AP que son recibidas en el Servicio de Reumatología.
3. Identificación de pacientes derivados desde AP que deben ser atendidos de manera preferente por Reumatología (priorización).



4. Orientar la realización de las pruebas diagnósticas esenciales que deben ser solicitadas por AP previamente a la consulta en Reumatología.
5. Reducción del tiempo de espera para la atención especializada reumatológica de pacientes derivados desde AP.
6. Solución de forma no presencial de las primeras consultas desde AP a Reumatología.
7. Mejorar la resolución de las primera consulta presencial (procedente de AP).
8. Medir el impacto de la estrategia con AP en la Atención Hospitalaria (demora en la asistencia de primeras consultas realizadas desde otras especialidades hospitalarias).

10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

El contexto de implantación global de la e-consulta es el Área sanitaria de la Estructura Organizativa de Gestión Integrada (EOXI) de Vigo. En concreto, se trata de la población correspondiente al Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, que atiende una población de 427.505 habitantes (206.686 hombres y 220.818 mujeres), cuya distribución por edades es de 0-14 años: 74.131 personas, de 15-64 años: 282.655 personas y de 65 años o más: 70.719 personas.

La población diana la constituyen los pacientes del Área sanitaria de la EOXI de Vigo, en concreto aquellos en los que los Médicos de AP sospechan la existencia de una enfermedad reumatológica. Para los últimos 12 meses (julio 2016-junio 2017), desde AP se demandó atención reumatológica (e-consulta) para 2.235 pacientes, de la que aproximadamente el 50% correspondió a patología de tipo inflamatorio.

11. METODOLOGÍA

A continuación se expondrá la metodología empleada para la implantación global de la e-consulta desde AP a Reumatología a través de las 5 fases que constituyeron el proyecto: Fase de Definición y alcance del proyecto.

1. Establecimiento del equipo de mejora multijerárquico y multidepartamental.
2. Fase de Desarrollo (Prueba piloto).
3. Fase de Implantación-Extensión.
4. Fase de Evaluación



1. FASE DE DEFINICIÓN Y ALCANCE DEL PROYECTO

En esta primera fase de proyecto, se contextualizó cuantitativamente el proyecto a través de un estudio retrospectivo sobre la población diana, como hemos mencionado en el apartado "Análisis de situación". Del mismo modo, realizamos el diseño del circuito de valor así como la identificación y definición de los indicadores críticos de control y evaluación. Cada una de estas 3 etapas se definen a continuación:

1.1. Análisis de la situación basal (mes 1-3: julio-septiembre 2013):

Realización de un análisis de la situación basal del alcance del proyecto. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo que incluyó desde el mes de septiembre de 2012 hasta el mes de mayo de

2013. Los resultados de este estudio nos permitieron conocer de forma real el comportamiento de las diferentes variables necesarias y críticas para la implantación del proyecto.

1.2. Diseño del circuito de valor de la innovación (mes 1-3: julio-septiembre 2013):

Se realizó un análisis del Proceso, a través de la descripción gráfica del mismo. Esto nos permitió delimitar de una forma más detallada y clara el alcance de la implantación y su consecuente impacto en todos los agentes implicados, tanto en pacientes-usuarios como en los profesionales intervinientes, así como el impacto en los sistemas de información. Se realizó un análisis del circuito desde los 3 pilares organizacionales: Procesos + Personas + Herramientas. A continuación, se realizó una descripción gráfica de la cadena de valor del circuito, centrándonos en las acciones a desarrollar y en los tiempos de demora de cada una de ellas.

1.3. Identificación y definición de indicadores críticos de control y evaluación (mes 1-3: julio-septiembre 2013):

Del mismo modo, se establecieron los indicadores necesarios para medir y controlar la implantación de dicha innovación, tanto para la experiencia piloto como para las diferentes fases de extensión. Los indicadores más importantes de mencionan en el apartado 12 (Evaluación).

2. ESTABLECIMIENTO DE EQUIPO DE MEJORA MULTIJERÁRQUICO Y MULTIDEPARTAMENTAL (meses 1-3: julio-septiembre 2013):

Para el desarrollo del proyecto, se estableció un Equipo de trabajo, liderado por la Dirección y el Investigador principal (Reumatólogo) y formado por Facultativos y Técnicos del Servicio de Admisión, Facultativos de AP, Especialistas del Servicio de Reumatología y Expertos en Tecnologías de la Información de la EOXI de Vigo, contando con la labor coordinadora de la Unidad de Calidad e Innovación de la EOXI de Vigo.



En esta fase, el equipo trabajó en diferentes líneas operativas, con un horizonte claro a corto plazo, la puesta en marcha de la fase piloto del proyecto:

- Selección de los Centros de salud pilotos (dos médicos de esos centros deberían trabajar en esta fase).

Definición de patologías y criterios de derivación precoz (puerta abierta, prioridad 1,..) y elaboración de protocolos (ágiles y sencillos) de actuación común, con indicación de pruebas desde AP. Apertura de solicitud de densitometría ósea (DEXA) a AP. Elaboración

- de un Documento "Guía de actuación de consenso AP-Reumatología. Osteoporosis en AP".
- Gestión de ideas de mejora.
- Definición de la participación del usuario

3. FASE DE DESARROLLO (PRUEBA PILOTO) (meses 3-6: octubre-diciembre 2013):

El equipo de trabajo, una vez identificadas las variables de control críticas para la puesta en marcha del piloto, decide comenzar la implantación del mismo por dos Centros de Salud concretos que, debido a sus características, facilitarían el pilotaje. Estos dos Centros de Salud, tendrían la siguiente población de referencia: C.S. de Porriño (C.S.1): 41.320 personas y C.S. Pintor Colmeiro de Vigo (C.S. 2): 39.266 personas.

Durante los meses que duró esta fase se tuvieron que realizar las siguientes acciones:

- Actividades de información y formación.
- Activación de SIGAP (Sistema Integrado de Gestión de Atención Primaria) y normalización del procedimiento de uso.
- Establecimiento de agendas dinámicas.
- Definición de gestor de casos de e-consulta y de especialistas implicados y dedicación.
- Evaluación de los resultados de la fase Piloto.

4. FASE DE IMPLANTACIÓN-EXTENSIÓN (meses 7-16: enero-octubre 2014):

Con los resultados satisfactorios obtenidos en la Fase Piloto, desde el mes de enero de 2014 se comienza la 1ª fase de extensión a 4 Centros de salud más.

Hasta el mes de octubre de 2014 se van incorporando progresivamente el resto de los Centros de salud del área, con el objetivo final de conseguir la implantación en el 100% de los mismos.



Además de la coordinación en la extensión de la e-consulta, en toda esta fase, tuvimos presente en todo momento las siguientes acciones:

- Estudio de demanda.
- Propuesta de integración con el modelo convencional.
- Cronograma progresivo de Implantación y Extensión hasta completar el 100% de los Centros de salud.
- Evaluación de resultados y acciones de mejora de cada Fase de Extensión.

5. FASE DE EVALUACIÓN (meses 16-48: octubre 2014-junio 2017):

La fase de evaluación del Proyecto se inicia con la **extensión de la e-consulta a todos los Servicios de AP el 24 de octubre de 2014**. Por otro lado, la **fecha de corte para la evaluación de los datos es el día 30 de junio de 2017**, cuando el proyecto lleva completamente implantado 2 años y 8 meses. La única excepción es el **análisis de los datos referidos a los tiempos de demora**, en que se toma como referencia el **día 30 de junio de 2015**. Esto es debido a que, a partir de esta fecha, circunstancias locales especiales (disminución de un 20% de la actividad de atención de Teleconsultas y de primeras visitas por parte del Servicio de Reumatología debida a reestructuración en relación con la apertura de un nuevo hospital) hacen que los datos sobre las demoras dejen de ser comparables con los basales. Por lo tanto los datos de referencia y que se tendrán en consideración, se sitúan en dichos marcos temporales, siendo comparados con los datos referidos a la situación basal previa al inicio del proyecto.



12. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

OBJETIVO (para las primeras consultas desde AP al Servicio de Reumatología)	INDICADOR
Establecer una herramienta de integración asistencial entre AP y Reumatología	Número de e-consultas realizadas (ratio)
Establecer un mecanismo de gestión de las teleconsultas realizadas desde AP que son recibidas en el Servicio de Reumatología	Mecanismo de gestión de las e-consultas recibidas
Identificar pacientes derivados desde AP que deben ser atendidos de manera preferente por Reumatología (priorización)	Días de espera en atención de patologías prioritarias (artritis de inicio reciente, sospecha de conectivopatía, etc).
Orientar la realización de pruebas diagnósticas esenciales previas	% de pacientes valorados de forma presencial con las pruebas diagnósticas esenciales ya realizadas previamente
Reducción del tiempo de espera de pacientes derivados desde AP para la atención especializada reumatológica	Número de días de espera de los pacientes derivados desde AP para la atención especializada reumatológica (presencial y no presencial)
Solucionar de forma no presencial las primeras consultas desde AP a Reumatología	n (%) de e-consultas que son solucionadas de forma no presencial.
Mejorar la resolución de la primera consulta presencial (procedente de AP)	n (%) de primeras consultas presenciales (procedentes de AP) que son solucionadas en un acto único.
Reducción del tiempo de espera de pacientes derivados desde otras especialidades hospitalarias. para la atención especializada reumatológica	Número de días de espera de los pacientes derivados desde otras especialidades hospitalarias para la atención especializada reumatológica.

• RESULTADOS.

NOMENCLATURA

2.T0: Teleconsulta (e-consulta) realizada desde Atención primaria

2.T1: Primera visita presencial derivada de una Teleconsulta

2.1: Primera visita presencial procedente de otra Especialidad médica hospitalaria

La fase de evaluación del Proyecto se inicia con la extensión a todos los Servicios de AP de la e-consulta el 24 de octubre de 2014. Por otro lado, la fecha de corte para la evaluación de los datos es el día 30 de junio de 2017, cuando el proyecto lleva completamente implantado 2 años y 8 meses. La única excepción es el análisis de los datos referidos a los tiempos de demora, en que se toma como referencia el mes de 24 de junio de 2015. Esto es debido a que, a partir de esta fecha, circunstancias locales especiales (disminución de un 20% de la actividad de atención de Teleconsultas y de primeras visitas por parte del Servicio de Reumatología debida a reestructuración en relación con la apertura de un nuevo hospital) hacen que los datos no sean comparables con los basales. Por lo tanto los datos de referencia y que se tendrán en consideración, se sitúan en dichos marcos temporales, siendo comparados con los datos referidos a la situación basal previa al inicio de proyecto.

Los indicadores y resultados asociados más relevantes del Proyecto que nos permiten evaluarlo de forma satisfactoria, son los que a continuación presentamos:

a. Número e-consultas desde AP realizadas (ratio): el 100% de primeras consultas desde AP al Servicio de Reumatología, se realizan de manera protocolizada a través de e-consulta (Historia electrónica y Gestor de petición electrónica) desde octubre de 2014 hasta la actualidad.

b. Número e-consultas desde AP atendidas por el Servicio de Reumatología: desde octubre de 2014 hasta junio de 2017, se han atendido un total de **6.185 e-consultas (2.T0)**.

c. Promedio de días de demora en responder la e-consulta (2.T0): en el período de estudio basal del proyecto (septiembre 2012-mayo 2013), la atención de una primera visita presentaba una **demora de 83,1 días**. En el período en el que la e-consulta se desarrolló al 100% sin interferencias (octubre 2014-junio 2015) la demora en la respuesta de la e-consulta (2.T0) se situó en **8,95 días**. Por lo tanto, comparando la demora en la atención de las primeras visitas en el período basal (pre-proyecto) con la atención de la e-consulta (2.T0), se produce una **disminución en la demora de la 1ª atención del paciente por parte del Servicio de Reumatología de 74,1 días (89,23% menos de demora)**.



d. Pacientes con pruebas complementarias solicitadas desde AP: uno de los objetivos específicos a conseguir para agilizar el proceso, es consensuar entre los niveles asistenciales la solicitud de pruebas complementarias que el paciente debe traer realizadas a la consulta presencial 2.T1. Se analizaron 100 visitas 2.T1 atendidas desde abril hasta junio de 2017 y se apreció que entre el 80-90% de los pacientes tenían realizadas en AP las pruebas diagnósticas pertinentes previamente a su atención presencial. A este respecto, se comparó el número de pruebas diagnósticas (análisis, radiografías y densitometrías óseas) solicitadas desde el Servicio de Reumatología en dos meses elegidos al azar, uno previo a la implantación de la e-consulta (abril 2013) y tras su implantación (abril 2016) y se evidenció una reducción de su número en un 20,89% (608 vs. 481, respectivamente).

e. Promedio de días de demora en las primeras presenciales derivadas de una Teleconsulta (2.T1): hay que tener en cuenta que los datos de demora antes de implantación de e-consulta eran de 83,1 días (primeras presenciales) y en el periodo en el que la e-consulta se ha implantado al 100% sin incidencias (octubre 2014-junio 2015) se situó en 12,6 días. Por lo tanto, se produce una **disminución en la demora de la primera atención presencial derivada de una Teleconsulta (2.T1) por parte del Servicio de Reumatología de 70,5 días (84,84% menos de demora).**

f. Capacidad de resolución no presencial de la e-consulta: la capacidad media de resolución no presencial de la e-consulta desde su implantación (octubre 2014-junio 2017) ha sido de un **20,5%** (promedio de resolución no presencial de e-consultas). Hubo **1.195 pacientes** que no han tenido que desplazarse al hospital para recibir dicha prestación. Cabe mencionar que se han tenido picos de resolución del 28,3% (junio 2016).

g. Capacidad de resolución de las primeras presenciales 2.T1: en el periodo analizado desde la implantación de la e-consulta (octubre 2014-junio 2017), de 4.240 pacientes que se vieron tras la e-consulta (2.T1), 1.369 fueron dados de alta tras un acto único en esa primera atención presencial. La **capacidad media de resolución de las 2.T1 fue de un 32,29%** (promedio de resolución presencial 2.T1).

h. Capacidad global de resolución de la e-consulta (2.T0 + 2.T1): La capacidad global de resolución entre las dos consultas (no presencial 2.T0: 1.195 pacientes - presencial 2.T1: 1.369 pacientes), en el periodo de implantación de la e-consulta (octubre 2014 – junio 2017) se sitúa en un **43,98% (2.564 altas/5.830 e-consultas realizadas).**



i. Promedio de días de demora en las primeras presenciales procedentes de otra Especialidad hospitalaria (2.1): la demora de la atención de una 2.1 en la situación basal era de 83,1 días. La implantación global de la e-consulta tuvo una repercusión positiva también sobre la demora en la primera atención de pacientes derivados desde otras Especialidades hospitalarias (2.1) pues en junio de 2015 dicha demora se situó en 19,2 días. Por lo tanto, se produce una **disminución en la demora de la primera atención de pacientes derivados desde otras Especialidades hospitalarias (2.1) por parte del Servicio de Reumatología de 63,9 días (76,9 % menos de demora).**

Costes adicionales de la estrategia: NO. La implantación de la estrategia fue posible gracias a la intensificación a media jornada durante 12 meses del Investigador principal (JMPR). Tras este período, la estrategia no supone ningún coste económico al Sistema Público de Salud.

13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

CONCLUSIONES

En la EOXI de Vigo, la implantación de la e-consulta como única forma de derivación de pacientes con sospecha de patología reumatológica desde AP al Servicio de Reumatología ha favorecido:

- 1. La capacidad de resolución no presencial de consultas a Reumatología:** una reducción del número de pacientes que se tienen que desplazar al hospital para recibir atención por el Servicio de Reumatología.
- 2. La capacidad de resolución presencial de las primeras consultas en Reumatología:** un incremento en el porcentaje de altas en la primera valoración presencial favorecido por la realización previa adecuada de pruebas diagnósticas desde AP.
- 3. Una mejoría de la accesibilidad a la Especialidad de Reumatología:** un descenso significativo de los tiempos de espera para recibir atención (presencial y no presencial) por los Especialista en Reumatología, tanto en pacientes derivados desde AP como en los derivados desde otras especialidades hospitalarias.
- 4. Una mejoría evidente en la priorización de la atención reumatológica especializada:** consecución de tiempos de espera mínimos para la atención por el Especialista en Reumatología de aquellos pacientes con las patologías consensuadas con AP como de Derivación prioritaria o preferente.



5. La integración asistencial mediante la protocolización de la demanda y el empleo de las herramientas TIC disponibles en la gestión clínica.

6. La eficiencia y sostenibilidad del sistema: no se realizaron acciones que pudieran suponer un incremento de carga laboral para los profesionales implicados o un incremento de los costes económicos.

RECOMENDACIONES

Si se consensúan entre el Servicio de Reumatología y AP los objetivos de la e-consulta así como aspectos clave como los criterios de derivación prioritaria de pacientes o las pruebas diagnósticas pertinentes a realizar previamente desde AP, con base en los resultados obtenidos en nuestro proyecto innovador, recomendaríamos llevar a cabo la implantación de la e-consulta desde AP a Reumatología en otras áreas sanitarias. Quedando claro que la e-consulta no puede sustituir a la consulta presencial en la mayoría de los casos, el beneficio que nuestra experiencia ha proporcionado nos lleva a recomendar su implantación global (para el 100% de los pacientes derivados a Reumatología desde AP). Debemos resaltar que la disminución de la demora en la atención de los pacientes, la priorización de la misma y la capacidad de resolución son los tres ejes fundamentales de esta estrategia y que están vinculados necesariamente al mayor componente innovador de nuestro proyecto: no sólo el aprovechar al máximo las herramientas tecnológicas que nuestro sistema sanitario nos ofrece sino en convertir la e-consulta en la única vía de derivación de pacientes desde Atención primaria a Reumatología.

LECCIONES APRENDIDAS

Cualquier proyecto de innovación lleva consigo la necesidad de vencer las reticencias y la resistencia al cambio que ofrecen los diferentes agentes implicados en el mismo. Para ello, es imprescindible (y así hicimos nosotros) la transmisión de información clara y concisa acerca del proyecto, sus objetivos y el camino a seguir para conseguirlos. También es necesario conseguir la implicación de todos los actores implicados, haciéndoles partícipes del proyecto, fundamentalmente a través de diferentes estrategias colaborativas basadas en el consenso entre las diferentes partes (ej.: definición de patologías reumatológicas de atención prioritaria, de pruebas diagnósticas esenciales por patología, etc).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A; EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis* 2001;60:1040-5.



2. Nell VP, Machold KP, Eberl G, *et al.* Benefit of very early referral and very early therapy with disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology* (Oxford) 2004;43:906-14.
3. Arthritis and Musculoskeletal Alliance (2004a). Standards of Care for People with Inflammatory Arthritis. London: ARMA. Available at: <http://www.arma.uk.net/pdfs/ia06.pdf> (accessed on 26 April 2011).
4. Solomon DH, Bates DW, Panush RS, *et al.* Costs, outcomes, and patient satisfaction by provider type for patients with rheumatic and musculoskeletal conditions: a critical review of the literature and proposed methodologic standards. *Ann Intern Med* 1997;127:52-60.
5. Stack RJ, Shaw K, Mallen C, *et al.* Delays in help seeking at the onset of the symptoms of rheumatoid arthritis: a systematic synthesis of qualitative literature. *Ann Rheum Dis* 2012;71:493-7.
6. Fitzgerald A, de Coster C, McMillan S, *et al.* Relative urgency for referral from primary care to rheumatologists: the Priority Referral Score. *Arthritis Care Res* (Hoboken) 2011;63:231-9.
7. Jack C, Hazel E, Bernatsky S. Something's missing here: a look at the quality of rheumatology referral letters. *Rheumatol Int* 2012;32:1083-5.

Además de este formulario de Memoria a continuación se especifican los Anexos y otros documentos que el equipo responsable ha facilitado:

Anexos:

Cronograma Proyecto

Estudio Basal Proyecto_Análisis Inicial

Gráfico 1_Demora Consulta no presencial 2.TO

Gráfico 2_Tiempo de Espera Pacientes 1ª Consulta_Septiembre 2012 – Abril 2013 | Promedio.

Patologías de derivación prioritaria y pruebas diagnósticas previas

Otros documentos:

- Información suplementaria 1. Presentación "Formación Información Proyecto Piloto Teleconsulta Reumatología".
- Información suplementaria 2. Presentación "Flujograma e-interconsulta Reumatología".
- Información suplementaria 3. "Formulario de Petición de DEXA desde AP".
- Información suplementaria 4. Documento "Planificación del inicio de la transición a e-



consulta Reuma”.

- Información suplementaria 5. “Formulario para citación de e-consultas (2.T0) como primeras presenciales (2.T1)”.
- Información suplementaria 6. Presentación “2ª Fase de Extensión de e-consulta Reuma”.
- Información suplementaria 7. Presentación “3ª Fase de Extensión de e-consulta Reuma”.
- Información suplementaria 8. Formulario “Criterios de derivación preferente (e-consulta Reuma)”.
- Información suplementaria 9. Formulario “Criterios de solicitud de radiografías preferentes (e-consulta Reuma)”.
- Información suplementaria 10. Formulario “Documento de derivación desde AP (e-consulta Reuma)”.
- Información suplementaria 11. Presentación “Solicitud DEXA desde AP”.
- Información suplementaria 12. Documento “Guía de actuación de consenso AP-Reumatología. Osteoporosis en AP”.

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 a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.